

Salud de adolescentes

Guía de Supervisión

2014

CDU: 613.9 + 614 (866)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Salud de adolescentes. Guía de Supervisión.

Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2014.

--- 96p: tabs: gra: 18x25 cm.

ISBN 978-9942-07-710-3

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Salud pública | 5. Adolescentes |
| 2. Sistema Nacional de Salud | 6. Antropometría |
| 3. Ecuador | 7. Salud preventiva |
| 4. Guía de Supervisión | 8. Salud sexual y salud reproductiva |

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud

Dirección Nacional de Normatización

Av. República de El Salvador 36-64 y Suecia

Quito-Ecuador

Teléfono: (5932) 381 44 00

www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización – MSP

En esta Guía de Supervisión se incorporan herramientas para la atención integral de adolescentes. Fue elaborada bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública, con la participación de representantes de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Es de aplicación obligatoria en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Publicado en 2014

ISBN- 978-9942-07-710-3



Los contenidos son publicados bajo Licencia de Creative Commons de «Atribución-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador», y pueden reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Salud de adolescentes. Guía de Supervisión. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por: El Telégrafo EP

Corrección de estilo: La Caracola Editores

Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador



COPIA

No

00004863

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que;** al Constitución de la República del Ecuador manda: “Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;
- Que;** la citada Constitución de la República del Ecuador en el artículo 45 dispone que los niños, niñas y adolescentes gozarán, entre otros derechos, de salud integral;
- Que;** la Norma Suprema prescribe: “Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;
- Que;** la Ley Orgánica de Salud dispone: “Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;
- Que;** la Ley Ibídem en el artículo 6 establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud”;
- Que;** el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, establece como Misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión;
- Que;** es necesario contar con un instrumento que provea a los profesionales de la salud las herramientas para la supervisión integral de la salud de los adolescentes; y,
- Que;** mediante memorando No. MSP-DNN-2014-0509-M de 21 de abril de 2014, la Directora Nacional de Normatización solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.



EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTADO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Supervisión "SALUD DE ADOLESCENTES", elaborada por la Dirección Nacional de Normatización con la participación de profesionales especialistas en adolescentes pertenecientes a varias instancias del Ministerio de Salud Pública, así como de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Complementaria.

Art. 2.- Disponer que la Guía de Supervisión "SALUD DE ADOLESCENTES", sea aplicada a nivel nacional, como una guía del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

Art. 3.- Publicar la Guía de Supervisión "SALUD DE ADOLESCENTES" en la página web del Ministerio de Salud Pública.

Art. 4.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud y a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a

16 MAYO 2014

Handwritten signature of Carina Vance Mafla and official stamp of the Ministerio de Salud Pública.

Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. David Acurio	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	[Signature]
Aprobado	Dra. Marysol Rulova	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministra	[Signature]
Aprobado	Dra. Verónica Espinosa	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretaria	[Signature]
Aprobado	Dra. Patricia Granja	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretaria	[Signature]
Solicitado y aprobada	Dra. Gabriela Aguinaga	Dirección Nacional de Normatización	Directora	[Signature]
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General	[Signature]
Revisado	Abg. Isabel Ledesma	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora Nacional	[Signature]
Elaborado	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	[Signature]
Revisión de la Guía	Dra. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización	Analista	[Signature]
Elaboración de la Guía	Dra. Susana Guijarro	Dirección Nacional de Normatización	Analista	[Signature]

Autoridades

Mgs. Carina Vance, Ministra de Salud Pública
Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización

Edición general

Dirección Nacional de Normatización. MSP

Equipo de redacción y autores

Dra. Susana Guijarro. Médica Salubrista. Dirección Nacional de Normatización, MSP
Dr. Rodrigo Henríquez. Médico familiar
Dra. Ana Lucía Martínez. Médica

Revisión por pares y validación

Dra. María Fernanda Andrade	ENIPLA, MSP
Mg. Patricio Aguirre	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, MSP
Dra. Carmen Arriola	CS La Concordia, MSP
Dra. Marlene Arroyo	Servicio de Adolescencia, Hospital G.O. Isidro Ayora, MSP
Dra. Salomé Arteaga	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
Dra. Ana Lucía Bucheli	ENIPLA, MSP
Dr. Freddy Burbano	Unidad Municipal de Salud Sur, MDMQ
Psc. Cl. Aimee Dubois	Dirección Nacional de Discapacidades, MSP
Dra. Verónica Espinel	ENIPLA, MSP
Dr. Juan Herteleer	Especialista en Medicina Familiar, Programa PSAS, CTB
Psc. Juan Carlos Igesias	Unidad de Derechos Humanos, Género e Inclusión, MSP
Dr. Sixto Iñaguazo	Dirección Provincial de Salud de Pichincha, MSP
Dr. Alfredo Jijón	Médico ginecólogo, PUCE, Quito
Dr. David Mena Sevilla	Unidad Educativa Eugenio Espejo, MDMQ
Psc. Amelia Samaniego	Dirección Nacional de Discapacidades, MSP
Dra. Lilián Toapanta	Unidad Municipal de Salud Sur, MDMQ
Soc. Ana Cristina Vera	Asesora Ministerial, MSP
Dra. Cecilia Zurita	Servicio de Adolescencia Hospital G.O. Isidro Ayora, MSP
Dra. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización
Dra. Zaida Betancourt	Médica
Lcdo. Carlos Cisneros	Dirección Nacional de Promoción de la Salud
Dr. Juan Carlos Panchi	Director Nacional de Discapacidades
Dra. Marcia Elena Álvarez	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Contenido

1. Descripción general de la guía	11
2. Clasificación CIE-10	11
3. Introducción	12
4. Marco legal	14
5. Alcance y objetivos	16
Alcance	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	17
6. Calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones	17
7. Principios de la atención a adolescentes	17
8. Calidad de la atención a adolescentes	19
8.1. Establecimientos de salud amigables para la atención de adolescentes	20
8.2. Establecimientos inclusivos	20
8.3. Características de los servicios	21
8.4. Servicios con atención diferenciada para adolescentes	21
8.5. Atención diferenciada para adolescentes	21
8.6. Confidencialidad y límites de la confidencialidad	21
8.7. Principios generales para la atención de adolescentes	23
8.8. Periodicidad de la atención	25
9. Componentes de la supervisión de salud en adolescentes	27
9.1. Historia biopsicosocial	27
9.2. Contenido de la anamnesis	28
9.3. Examen físico	32
9.4. Variaciones normales del desarrollo	35
9.5. Tamizaje selectivo	36
9.6. Inmunizaciones	36
10. Asesoría a adolescentes	36
11. Guías anticipatorias en la adolescencia	40
Guías anticipatorias para adolescentes	41
12. Consideraciones para la implementación de la Guía de supervisión de Salud de adolescentes	42
Factores que favorecerían la implementación	42
13. Indicadores de monitoreo	43

Anexos	44
Anexo 1. Sistema de clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones	44
Anexo 2. Historia clínica para la atención de adolescentes (MSP/DNEAIS/Form. # 056/Ene/2014)	45
Anexo 3. Familiograma	47
Anexo 4. APGAR familiar	50
Anexo 5. Cuestionario CAGE-AID	51
Anexo 6. Herramienta breve de evaluación de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT-C)	52
Anexo 7. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	53
Anexo 8. Cuestionario SCOFF para la detección de trastornos de la conducta alimentaria	65
Anexo 9. Diez preguntas para reconocer la pérdida de audición en adolescentes	66
Anexo 10. Modelo para el abordaje de problemas de salud sexual (P.I.L.S.E.T.I.)	67
Anexo 11. Cuestionario PHQ-2 para el tamizaje de depresión en adolescentes	70
Cuestionario PHQ-9 para el tamizaje de depresión	71
Anexo 12. Esquema para explorar proyectos de vida en adolescentes	72
Anexo 13. Cuestionario de Evaluación Rápida para Adolescentes	73
Anexo 14. Curvas de la Organización Mundial de la Salud para la evaluación del crecimiento	75
Anexo 15. Examen ortopédico en dos minutos	79
Anexo 16. Estadios de maduración sexual en adolescentes (Tanner) mujeres y hombres	82
Anexo 17. Evaluación de acné	83
Anexo 18. Glosario	84
Anexo 19. Abreviaturas utilizadas	88
Referencias	89

1. Descripción general de la guía

Título de la guía	Salud de adolescentes. Guía de Supervisión
Organización desarrolladora	Dirección Nacional de Normatización. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Fecha de edición	Abril, 2014.
Código CIE-10	Z00 Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado. Incluye: Z00.3 Examen del estado de desarrollo de adolescentes.
Categoría de la Guía de Supervisión	Supervisión de la salud y prevención primaria. Niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel.
Profesionales a quienes va dirigida	Esta guía está dirigida a los equipos de profesionales de todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que brindan atención integral a adolescentes.
Otros usuarios potenciales	Quienes ejercen un nivel de responsabilidad en el planeamiento, gerencia y dirección de servicios de salud de todos los niveles de atención, y en unidades de primer nivel de atención. Educadores sanitarios y profesionales de la salud en formación. Instituciones de educación superior.
Población blanco	Adolescentes (de 10 a 19 años de edad). Al mencionar adolescentes, nos referimos a las y los adolescentes.
Validación	Dirección Nacional de Normatización.
Fuente de financiamiento	Dirección Nacional de Normatización. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Conflicto de interés	Todas las personas involucradas en el desarrollo de este documento han declarado la ausencia de conflicto de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente guía de supervisión.
Actualización	Cada dos años a partir de la fecha de publicación, o según necesidad de acuerdo a los avances científicos en el tema.

2. Clasificación CIE-10

Z00 Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado.

Incluye:

Z00.3 Examen del estado de desarrollo de adolescentes.

3. Introducción

«La adolescencia es el momento en el cual uno deja de ser actor del deseo ajeno para ser el autor de su propio destino»

Roberto Curi Hallal

La adolescencia está comprendida entre los 10 y 19 años, es una etapa muy importante en el curso de la vida en la cual se producen cambios biológicos (crecimiento, caracteres sexuales secundarios y capacidad de reproducción), psicológicos (pensamiento abstracto) y sociales (pertenencia grupal).

En este período, se profundiza proceso de construcción de la identidad, la autonomía, la sexualidad, la vocación y los proyectos de vida.

Las y los adolescentes generalmente gozan de buena salud en comparación con otros grupos de edad, pero, se enfrentan a riesgos de salud particulares, que pueden ser perjudiciales no sólo para su futuro inmediato, sino para el resto de sus vidas por lo que es necesaria la satisfacción de las necesidades educativas y de servicios de adolescentes.

El establecimiento de estilos de vida en esta etapa determinará manifestaciones de morbimortalidad que inciden directamente en su calidad de vida futura.

La OMS¹ estima que el 70% de las muertes prematuras en la adultez se deben a conductas iniciadas en la adolescencia, durante la cual las acciones en salud tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.

Invertir en la adolescencia acelera la lucha contra la pobreza, las disparidades socioeconómicas, la discriminación por razones de género, y garantiza el cumplimiento de derechos.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010 del INEC,² el 20,5% de la población es adolescente (2 958 879); el 10,6% son adolescentes tempranos de 10 a 14 años (1 539 342) y, el 9,8 son adolescentes tardíos entre 15 a 19 años (1 419 537). El 49% mujeres y 51% hombres; 60,6% reside en áreas urbanas y 39,4% en áreas rurales.

El 68,6% de jóvenes urbanos² (antes 40,1%) han terminado la educación secundaria, comparando con el 36,1% (antes 14,6%) en el área rural. Las mayores brechas educativas se observan en adolescentes autoidentificados como indígenas y montubios.

Cuatro de cada 10 jóvenes de áreas urbanas y ocho de cada 10 de áreas rurales son pobres de acuerdo a necesidades básicas insatisfechas, cerca de la mitad de ellos viven en condiciones de extrema pobreza, y dos de cada 10 adolescentes entre 15 a 18 años ha migrado al exterior.²

Las principales causas de morbilidad³ en adolescentes tempranos de 10-14 años corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y salud reproductiva.

La mortalidad³ en este grupo fue causada por accidentes de tránsito, ahogamiento y lesiones autoinfligidas que cambian la carga de mortalidad del año 1990 en el cual todavía estaban las infecciones respiratorias bajas en segundo lugar.

En el grupo de adolescentes tardíos³ de 15-19 años, la carga de morbilidad está ligada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y salud reproductiva, otras que demandan resoluciones quirúrgicas y relacionadas con la violencia. La mortalidad se explica, en cerca de la mitad de casos, por causas asociadas a accidentes de tránsito, a la violencia, lesiones autoinfligidas y ahogamiento.

Las causas más comunes de muerte son el suicidio en las adolescentes (13% de todas las muertes) y las lesiones de tráfico para los muchachos (19%) (CNII 2014). Accidentes de tráfico fueron la segunda causa más común de muerte para las adolescentes (8%). Para los adolescentes, la violencia fue la segunda causa más común (12%), y el suicidio del tercero (7%).

La violencia, incluida la violencia infligida por la pareja, es una causa importante de morbilidad y mortalidad para ambos sexos. El principal problema en materia de salud sexual y reproductiva es la alta tasa de embarazos de adolescentes. Estas altas tasas se extienden a adolescentes menores de 15 años de edad (2014) (CNII).

En el Ecuador, a partir del año 1988, se empieza un proceso histórico con la apertura del Servicio para Atención Integral para Adolescentes del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito, provocando la visibilización de las demandas y necesidades en salud de la adolescencia.

En 2005, surge el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva y a partir de 2007, empieza el Plan Andino y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. El MSP promueve la implementación de servicios diferenciados para la atención integral de adolescentes en unidades de primer nivel y en hospitales básicos partiendo del desarrollo del paquete normativo para la atención integral de adolescentes (norma, protocolo y caja de herramientas), de sensibilización y capacitación con los enfoques de género, intercultural, intergeneracional, de diversidad, derechos especialmente los derechos sexuales y reproductivos al personal multidisciplinario de los establecimientos de salud.

En 2010, se genera la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENIPLA).⁴

Estos antecedentes han sido parte del proceso para la institucionalización de la atención integral para adolescentes en el primer nivel, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)⁵ con la conceptualización de la atención biopsicosocial de calidad, con énfasis en la prevención y promoción, que brinda atención a cada persona de una manera integral e impulsa el desarrollo humano.

Este nuevo enfoque facilita el acceso de adolescentes (10 a 19 años) a los servicios de salud en un sistema en el cual estuvieron invisibilizados.

El objetivo del MSP es fortalecer el primer nivel como puerta de entrada al sistema para garantizar la atención de calidad para adolescentes y evitar las brechas y barreras de acceso, garantizando la privacidad y confidencialidad en la atención así como las actividades de promoción de la salud, con un funcionamiento adecuado del sistema de referencia y contrarreferencia.

Las siguientes consideraciones justifican la importancia de la atención integral para adolescentes:⁶

1. Situación demográfica y económica: la adolescencia (10 a 19 años) y juventud (20 a 24 años) en el Ecuador constituyen el 31% de la población. Los costos económicos y sociales a futuro serán considerables si este grupo no llega a la edad adulta gozando de buena salud, con educación y con la capacidad de responder a las necesidades personales y colectivas, y la posibilidad de participar en la sociedad dirigiendo e impulsando el desarrollo del país. Adolescentes sanos y competentes que ingresan a la fuerza laboral pueden aumentar la productividad económica de un país. Este bono demográfico termina en Ecuador en el año 2030, por lo que es en este momento cuando se debe aprovechar tanto para promover el crecimiento saludable, la adquisición de competencias y el desarrollo integral como para prevenir las consecuencias de potenciales conductas de riesgo.
2. En la adolescencia, se instauran prácticas y estilos de vida que, si son positivos, garantizarán la calidad de vida en la adultez; en caso contrario, se afecta dicha calidad.
3. En la adolescencia, se definen los proyectos de vida, los cuales se convierten en factores protectores primordiales.

4. Marco legal

a. Constitución de la República del Ecuador y Plan Nacional del Buen Vivir

La Constitución de la República del Ecuador,⁷ en el artículo 32, garantiza el derecho a la salud como fundamental en el desarrollo. Reconoce otros aspectos esenciales en el desarrollo de las personas y la construcción de una ciudadanía basada en principios de dignidad, no discriminación, igualdad, gratuidad y universalidad de los servicios (Arts. 10 y 11).

El Estado reconoce que deben generarse medidas de acción afirmativa que permitan el cierre de brechas de desigualdad en poblaciones históricamente excluidas y grupos de atención prioritaria como: mujeres, adolescentes, niñas, niños, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, migrantes, LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales), entre otros (Art. 11 numeral 2, Art. 35, Art. 341, Art. 358 CRE).⁷

Garantiza el derecho a la confidencialidad,⁷ el acceso a servicios de salud basados en los principios de la bioética, que respete las condiciones intergeneracionales, interculturales, de género, con eficiencia, trato digno, calidad y calidez (Art. 32). Consecuentemente, en el numeral 7 del artículo 363 de la Constitución de la República del Ecuador, se ordena que sea responsabilidad del Estado Ecuatoriano: «Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales». Así pues, y de conformidad a lo previsto en el inciso segundo del artículo 286 de la misma norma constitucional, para el cumplimiento de esta garantía: «Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes». Disposición que guarda concordancia con lo prescrito en el artículo 298 de la norma antes citada.

En este contexto, en el Ecuador se expidió el Plan Nacional del Buen Vivir⁸ (PNBV) 2013-2017, cuyo fin es implementar acciones para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas, para lo cual se elaboró la Política 3.4, con lo que se busca viabilizar la atención integral a los grupos de atención prioritaria dentro de los cuales están los y las adolescentes, con los enfoques de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural, por lo que el Ministerio de Salud Pública garantiza la atención a los grupos en mención a través de estrategias integrales e integradas de atención con la Red Pública y Complementaria de Salud que, en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI), se incorporan de manera transversal.

b. Tratados y convenciones internacionales

Ecuador ha suscrito varias convenciones y tratados internacionales que lo comprometen con la garantía de los derechos de adolescentes y particularmente con el goce de la salud integral. Entre ellas se destacan:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948.
- Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1990.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, 1991.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscrito por el Ecuador en 2007 y ratificado por la Asamblea Constituyente en 2008.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud, 2008.

c. Decretos Ejecutivos y Acuerdos Ministeriales

1. Se declara, mediante Decreto ejecutivo No. 620, de septiembre de 2007, la erradicación de la violencia de género hacia niños, niñas y adolescentes.
2. El Acuerdo Interministerial No. 394, del 11 de julio de 2008, crea el Comité Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (CIPEA).
3. El Acuerdo 403 del Ministerio de Educación y Cultura institucionaliza la educación sexual en los establecimientos educativos, fiscales, particulares, fiscomisionales y municipales de país.
4. El Acuerdo 089, de 2007, establece la Acción Integral para Adolescentes en Estado de Embarazo.
5. El Acuerdo 436, de 2008, prohíbe exigir a los estudiantes la realización de la prueba vinculada con la identificación del VIH-SIDA como requisito para cualquier situación institucional.
6. El Acuerdo 062, de 2008, institucionaliza el Plan de Erradicación de Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo.
7. El Acuerdo 482, de 2008, dispone la ejecución del Plan Nacional para combatir la trata, la explotación sexual, laboral y por otros medios, así como para garantizar la educación a las víctimas de trata de personas.
8. Mediante Acuerdo Ministerial 2490, del 25 de marzo de 2013, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador expide el reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud.

d. Políticas y Planes Nacionales

1. Plan Nacional de Desarrollo.
2. Plan Andino y Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia 2007.
3. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) 2012.

5. Alcance y objetivos

Alcance

Esta guía está dirigida a los equipos de profesionales de todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en el primer nivel de atención.

Objetivo general

Proveer a los profesionales de salud las herramientas para la supervisión integral de la salud de adolescentes, con los enfoques de género, diversidad, intercultural, intergeneracional y de derechos, con énfasis en los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Objetivos específicos

1. Contar con una herramienta técnica que permita fomentar estilos de vida saludables y facilitar el reconocimiento y detección oportuna de factores de riesgo y problemas que afecten la salud y el desarrollo integral de adolescentes.
2. Asegurar atención de calidad que responda a las demandas y necesidades de la población adolescente.
3. Fortalecer la información y asesoría con énfasis en sexualidad, salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos.

6. Calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones

En este documento, el lector encontrará, al margen derecho de las páginas, la calidad de la evidencia y/o el grado de fuerza de las diferentes recomendaciones presentadas. Debido a que las guías de práctica clínica presentan diferentes sistemas de gradación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones, los lectores encontrarán recomendaciones sustentadas por evidencia calificada según las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Preventivos de los Estados Unidos de Norteamérica (USPSTF). Para obtener mayor información, revise el **Anexo 1** al final de esta guía.

El símbolo ✓ representa un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de expertos acuerda. Por lo general, son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que los sustente. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

7. Principios de la atención a adolescentes

Acorde al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la atención a adolescentes será integral: biopsicosocial y familiar, con énfasis en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, utilizando espacios (instituciones educativas, centros deportivos o parroquiales, organizaciones juveniles, además de los establecimientos de salud) y estrategias educomunicacionales acordes a sus intereses y necesidades socioculturales.

La atención a adolescentes debe garantizar:⁹

1. Su derecho a la privacidad y confidencialidad.
2. Su derecho para ser escuchado y tomado en cuenta (consentimiento).
3. Su derecho a no ser discriminado y a recibir una atención libre de prejuicios.
4. Su derecho a recibir información veraz y oportuna.

5. Su derecho a acudir a la consulta solo, o decidir si quiere que alguien le acompañe y quién debe hacerlo.
6. Su derecho a ser respetado en la evolución de sus facultades: cada adolescente tiene el derecho a decidir, sin necesidad de la presencia o autorización de padres, madres o representantes legales, lo que se conoce como autonomía progresiva, que se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión.⁹

Tabla 1. Modelo de evaluación centrada en adolescentes¹⁰

De una manera didáctica, se detallan claves para la atención de adolescentes con el objetivo de facilitar la toma de decisiones informadas.

El enfoque GATHER (Greet, Ask, Tell, Help, Explain, Return) ha demostrado su eficacia en la atención.

Salude	Pregunte	Diga	Ayude	Explique	Acuerde nueva cita
Garantice privacidad.	Indague el comportamiento de familia, escuela, pares (amigos), y pareja. Enfatice en los proyectos de vida.	Use ayudas visuales para discutir las opciones.	Resuma las opciones.	Dé mensajes cortos y concisos.	Asegure un seguimiento adecuado.
Explique la confidencialidad y sus límites.	Utilice preguntas abiertas.	Evite usar la palabra «deberías».	Pregunte cuál es la decisión del/la adolescente luego de la información.	Repita la información.	Use eventos o fechas especiales para facilitar el seguimiento.
Lo ideal es entrevistar al adolescente solo, preguntándole lo que prefiera.	Utilice escucha activa.	Diga «me permites» antes de dar asesoría.	Revise el plan con el/la adolescente.	Verifique que se hizo entender por el/la adolescente.	Use recordatorios (llamadas telefónicas, mensajes SMS, correo electrónico).

Fuente: Rinehart W, *et al.* GATHER guide to counseling.¹⁰

Elaboración, traducción y adaptación: equipo de redacción MSP

8. Calidad de la atención a adolescentes^{11, 12}

La atención de la salud de adolescentes constituye un desafío para cada establecimiento de salud, por lo que debe enmarcarse dentro de los parámetros que posibiliten unificar criterios de abordaje en pos de la calidad y universalidad.

El objetivo de la atención integral de calidad para adolescentes, es que cada adolescente tenga proyectos de vida claros y apoyos para alcanzarlos.

La atención integral incluye necesariamente la coordinación y trabajo en red e intersectorial de un equipo interdisciplinario. Las necesidades de adolescentes deben ser entendidas en forma integrada, posibilitando, cuando sea necesario, la intervención de los distintos niveles de atención con referencia, contrarreferencia y/o derivación para garantizar la continuidad y complementariedad de la atención. De este modo, no se actuará de forma paralela sino en conjunto, evitando la fragmentación, duplicación y pérdida de oportunidad en la atención. Coordinar, referir y derivar significa dar seguimiento, en ningún caso se trata de desentenderse de la situación de adolescentes. Incluye la adecuación de los sistemas de atención, dotándolos de una orientación biopsicosocial a partir de un cuidadoso diagnóstico de situación y de la identificación de las demandas, necesidades y problemas específicos de la adolescencia.

Las características de la atención de calidad implican:

Integral: la población adolescente debe ser considerada en su totalidad biopsicosocial, tomando en cuenta los diferentes aspectos determinantes de su vida.

Integrada: es necesario ser capaz de seleccionar en cada momento el apropiado enfoque para mantener, restablecer y mejorar la salud ofreciendo una combinación óptima de atención, con un enfoque de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en función de las necesidades y/o de los riesgos.

Continua: la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino asumir la responsabilidad por la persona hasta que finalice o hasta que se solucione el problema de salud, para lo cual es necesario un seguimiento y trabajo en equipo interdisciplinario e intersectorial y en red. La falta de continuidad en la atención reduce la eficacia de la atención de salud e incrementa los costos. La continuidad asegura que la atención sea de calidad y de calidez por parte del equipo de salud. Esto es esencial para evitar situaciones en las que el/la adolescente, por falta de información, incomprensión o acogida inadecuada no entienda la importancia o no acepte seguir en contacto con el personal de salud.

Longitudinal: implica establecer una relación de largo plazo entre el adolescente y el equipo de atención integral. Para lograrlo, se debe propiciar a la atención por el mismo equipo, a lo largo del ciclo de vida del adolescente para la mayoría de los problemas de salud que

presente, de forma que reconozca al equipo como su fuente primaria de cuidados, y cuente con este equipo para el contacto inicial y el seguimiento de su salud.

Participativa: para que las soluciones propuestas sean negociadas de acuerdo a las prioridades del/la adolescente.

8.1. Establecimientos de salud amigables para la atención de adolescentes^{13,14,15}

Los establecimientos amigables reconocen los derechos de la población adolescente. Cuentan con personal sensibilizado, capacitado y competente para brindar atención biopsicosocial, en equipo y en red con los enfoques de diversidad, intercultural, de género, intergeneracional y de derechos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos.

Incluyen tanto la prevención de los problemas como la promoción, el tratamiento y rehabilitación. Actúan integrados y en coordinación con otros niveles de atención y consideran a las personas en su ciclo de vida, no limitando a la atención de la salud física, ni a un determinado episodio de enfermedad, sino a ayudar en toda la problemática biosicosocial de la persona.

Aseguran la continuidad y complementariedad de la atención, articulada a una red de servicios e instituciones de la comunidad. Puede contar con horarios diferenciados y tienen ambientes agradables que garantizan respeto, privacidad y confidencialidad.

8.2. Establecimientos inclusivos

En el marco de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), se ha desarrollado la estrategia de los servicios de salud inclusivos que contienen el desarrollo de cuatro componentes: libres de discriminación, libres de contaminación, participativos y que promueven acciones saludables. Su fin es fortalecer las competencias del personal de salud para lograr una atención integral de calidad y calidez para toda la ciudadanía, pudiendo responder así, tanto a las necesidades generales, como específicas, en este caso de adolescentes.

Criterios de «Dick»¹⁶

Se ha demostrado que los servicios de salud aumentan la utilización por parte de adolescentes solo si tienen las siguientes cuatro características:

1. Proveedores de servicios de salud motivados, competentes y con apoyo para proporcionar atención de calidad.
2. Centros de salud amigables, inclusivos, acogedores, atractivos y accesibles.
3. Comunicación con adolescentes para informarles acerca de la disponibilidad de

servicios de salud «amigables» y para animarles a utilizar estos servicios cuando les sea necesario.

4. Intervenciones con la comunidad para promover la atención de salud para adolescentes, que se tome conciencia de su importancia y, generar demanda y apoyo a los establecimientos de salud.

8.3. Características de los servicios¹¹

- Permanencia: estar accesible la mayor cantidad de días a la semana y de horas en el día.
- Polivalencia: manejar todos los problemas presentados por la población adolescente sea en forma directa o refiriendo al nivel correspondiente.
- Accesibilidad:
 - Geográfica: los establecimientos están ubicados en un lugar de fácil acceso, lo más cerca posible de la población.
 - Económica: se eliminan los obstáculos financieros.
 - Sociocultural: los establecimientos son aceptados por la comunidad.
 - Funcional: se provee los servicios requeridos por la comunidad.

8.4. Servicios con atención diferenciada para adolescentes^{17, 18}

Cuentan con personal comprometido y capacitado para la atención de adolescentes, con los enfoques de diversidad, intercultural, de género, intergeneracional y de derechos, en un espacio exclusivo y adaptado según las demandas y expectativas de los/las adolescentes.

8.5. Atención diferenciada para adolescentes

Todos los establecimientos de salud deben brindar atención a adolescentes con personal capacitado y comprometido, y, con las características de calidad que respondan a las demandas y necesidades específicas de este grupo etario.

8.6. Confidencialidad y límites de la confidencialidad¹⁹

La confidencialidad se refiere al derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona por su vinculación laboral al participar, de forma directa o indirecta, en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el llamado «deber de sigilo, reserva y secreto».

El artículo 362 de la Constitución de la República del Ecuador dice textualmente: la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información

de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

El principio de confidencialidad implica que el personal de salud está obligado a no divulgar el motivo de consulta, la información entregada por el adolescente o el diagnóstico y tratamiento. La protección de la confidencialidad es un componente esencial de la atención de salud para adolescentes, ya que es compatible con el desarrollo progresivo de su madurez y su autonomía.

Los profesionales de la salud deben garantizar a los/las adolescentes la confidencialidad de la información que les ha sido revelada en la consulta. Los adolescentes deben ser informados sobre las políticas de confidencialidad del servicio al que asisten, incluyendo las circunstancias en las que puede ser necesario romper la confidencialidad, por ejemplo en casos de reporte de enfermedades de notificación obligatoria.

«Los derechos fundamentales pueden ceder, desde luego, ante bienes, e incluso intereses constitucionalmente relevantes, siempre que el recorte que experimenten sea necesario para lograr el fin legítimo previsto, proporcionado para alcanzarlo y, en todo caso, sea respetuoso con el contenido esencial del derecho fundamental restringido».¹⁹

Límites del derecho a la confidencialidad: la normativa general de que se mantendrá la información confidencial no se aplica cuando la divulgación sea necesaria para impedir serio, previsible e inminente peligro para un/a usuario/a u otra persona identificable.²⁰

La certeza de la confidencialidad fomenta que los/las adolescentes busquen atención médica para problemas sensibles, como aquellos relacionados con salud sexual y salud reproductiva, infecciones de transmisión sexual, abuso, acoso o violencia. Los profesionales de la salud deben informar y educar a los adolescentes y sus familias sobre el significado y la importancia de la confidencialidad, y sus límites.

Se debe mantener la confidencialidad con excepción de:

- Situaciones de riesgo inminente de vida para el adolescente o para terceros, por ejemplo intentos de suicidio, depresión severa, entre otros.
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de la realidad.
- Diagnóstico de enfermedad de gravedad.
- Otras situaciones condicionadas por normas legales vigentes de cada comunidad.

En un estudio realizado en Cincinnati,²¹ se encontró que adolescentes menores estaban preocupados por la información que se puede dar a los demás (es decir, a los proveedores de atención médica), mientras que adolescentes mayores se preocupaban más por que la información se divulgue a los padres. Los autores evaluaron la confidencialidad física, psicológica y social. Para proteger la

confidencialidad psicológica, los adolescentes se mostraron cautos sobre la revelación de información confidencial por temor a ser juzgados por los proveedores. Para proteger la confidencialidad social, eran reacios a hablar con desconocidos o diferentes proveedores, y ellos no querían discutir cuestiones que consideraban sin relación a su atención médica. Los adolescentes que comentaron acerca de la privacidad física dijeron que pensaban acerca de su seguridad durante los exámenes físicos, así como su visibilidad a los demás, y dijeron que se sentían más cómodos cuando los exámenes fueron realizados por mujeres en lugar de proveedores masculinos. Los y las adolescentes valoran todos los aspectos de la vida privada. Los proveedores deben abordar no solo la información, sino también la intimidad psicológica, social y física para mejorar el cuidado de adolescentes.

También deben apoyar la comunicación efectiva entre adolescentes y sus padres u otros cuidadores. Por lo general, la participación de los padres en el cuidado de la salud de adolescentes debe ser alentada. En estos casos, prima la voluntad expresa del o la adolescente.

Los profesionales de salud conocen que ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a atención, a anticoncepción o asesoría y, por lo tanto, deben proveer la atención, información y asesoría que requieran (Acuerdo Ministerial No. 2490).²²

La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar información. El deber del profesional de respetar la confidencialidad de un adolescente es igual a su deber frente a un adulto.

En la atención de adolescentes en los servicios de salud se deberá tener presente que es importante:

1. Centrarse en el/la adolescente y sus proyectos de vida.
2. Cada adolescente es único como única la relación adolescente-entorno.
3. El microentorno puede estar compuesto por la familia, pares, amigos, pareja y otros vínculos intergeneracionales (abuelos, otros familiares, vecinos, docentes y más).
4. Alrededor de este primer núcleo de abordaje, se deberá contar con las instituciones de apoyo, redes: legal, educación, salud, deportes y otras propias del contexto y la comunidad.
5. Todo este enfoque integrador cuyo centro es el/la adolescente tiene como soporte a las políticas públicas (las que norman, sostienen y respaldan las acciones).

8.7. Principios generales para la atención de adolescentes

- a. Cada encuentro con adolescentes es una oportunidad para supervisar su salud. Si la o el adolescente acude por un problema de salud, se debe abordar primero su motivo de consulta manifiesto y, en lo posible, incorporar actividades de supervisión de la salud, promoción y prevención.
- b. Los equipos de salud del primer nivel son responsables de identificar, captar y supervisar la salud de todos los y las adolescentes que residen en su área de

- influencia, brindando una atención integral intra y extramural adaptada a la situación y necesidades del/la adolescente.
- c. Se coordinará con otros niveles de atención de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria para garantizar referencia y derivación adecuadas, asegurar la continuidad y complementariedad de la atención.
 - d. El proceso de atención debe documentarse en el formulario 056 de la historia clínica que se llenará en la primera consulta (Anexo 2).
 - e. La atención integral para adolescentes debe realizarla, en lo posible, un equipo multi e interdisciplinario sensibilizado y capacitado con actitudes propositivas.
 - f. Se trabajará con la red de instituciones disponibles en la comunidad para ayudar a solucionar toda la problemática de la persona.
 - g. Se realizará una coordinación intersectorial para evitar duplicación de acciones y optimizar los recursos.
 - h. Todos los profesionales, además de sus funciones específicas, deberán realizar actividades educativas intra y extramurales.
 - i. Se optimizará el tiempo de espera con actividades para información y educación.

La atención integral busca:

1. Potenciar el proceso de crecimiento y desarrollo integral de adolescentes, reconociéndolos como sujetos de derecho y prestando atención oportuna de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con calidad.
2. Fomentar el autocuidado a través de la orientación, asesoría y guía preventiva.
3. Identificar a los y las adolescentes como población prioritaria de atención integral de salud, considerando varios aspectos: autonomía, contexto social, cultural y legal, salud mental, sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, inclusión social, prevención de violencia en todas sus formas.
4. Identificar y referir los casos de especialidad al nivel con capacidad resolutoria correspondiente de forma oportuna.
5. Concretar la coordinación intersectorial y el trabajo con las familias, los jóvenes y las organizaciones de la comunidad, en especial las educativas, laborales y de recreación (acciones de promoción, información y asesoramiento).
6. Organizar los procesos de atención considerando los derechos, demandas y necesidades específicas de adolescentes.
7. Promover y fortalecer la participación activa de adolescentes en el ejercicio de sus derechos.

Los equipos, idealmente, estarán integrados por médicos/as, enfermeros/as, obstetras, odontólogos/as, nutricionistas, psicólogos/as, trabajadoras/es sociales y TAPS (Tabla 2). En los establecimientos en los cuales no exista equipo completo, el personal disponible debe ofertar atención con calidad y calidez y, en caso necesario, referir.

Los problemas de salud en la adolescencia reconocen causas diversas e interactuantes y por lo tanto su resolución implica actuar sobre las diferentes circunstancias que rodean a

los/as adolescentes y que están presentes en la comunidad en que viven con respuestas multifactoriales. No se pretende que los servicios de salud sean los que provean todas las intervenciones necesarias para los/as adolescentes, sino que articulen sus acciones con una red de servicios de salud y con las organizaciones de la comunidad como la escuela, colegio, club, instituciones deportivas, recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados e instituciones de justicia, entre otras, a fin de ampliar el abanico de propuestas, aprovechar lo que el contexto brinda, e integrar programas interinstitucionales e intersectoriales.

Una revisión sistemática encontró evidencia de que las acciones con adolescentes en las escuelas, a través de medios de comunicación masiva, en servicios de salud, en la comunidad y en el lugar de trabajo tienen un efecto positivo en mejorar conocimiento y actitudes.²³ Si bien el efecto en la conducta es menos uniforme, se encuentran mejoras en el uso de anticonceptivos, retraso en el inicio de la actividad sexual y mayor uso de los servicios.²³

La identificación, captación y supervisión de la salud de adolescentes es, por lo tanto, un proceso activo, no reactivo que implica actividades intra y extramurales, y que no se limita a la atención de problemas de salud por demanda espontánea.

El proceso de atención se organizará para eliminar las barreras de acceso, especialmente las socioculturales y funcionales, tomado en cuenta horarios de atención, tiempos de espera, citas por agendamiento y demanda espontánea. El flujograma de atención de cada establecimiento estará claramente visible.

8.8. Periodicidad de la atención

En el caso de adolescentes escolarizadas/os y con fines operativos, se debe realizar un control anual obligatorio al 100% de matriculados en el periodo, de 6º. hasta 10º. año de educación básica (población de 10 a 14 años) y al menos una consulta a todos los matriculados en 1º. a 3º. de bachillerato (población de 15 a 19 años). Se coordinará con las unidades educativas.

En adolescentes fuera del sistema escolar, se hará un control anual a menores de 15 años y al menos un control entre los 15 y 19 años.

Si el caso lo requiere, se emitirá la cita correspondiente en el plazo requerido.²⁴

A personas con discapacidad, se realizará dos controles preventivos al año.

Las/los adolescentes con morbilidad o sin ella se atenderán como grupo prioritario, a libre demanda en cualquier nivel de atención, asegurando la continuidad y complementariedad de la atención.

La falta de cédula de identidad no será una barrera para la atención. CNT agendará a adolescentes con código temporal en caso de que no cuenten con cédula de identidad. Serán atendida/os en las unidades de primer nivel que ellas/os elijan, no necesariamente, el lugar que le corresponde por su domicilio.

En adolescentes con riesgo biosicosocial detectado mediante los criterios establecidos en los formularios 056, se harán intervenciones inmediatas según sus necesidades, con el respectivo seguimiento.

El tiempo de atención para adolescentes es el definido para los grupos prioritarios: 30 minutos para la primera consulta anual y 20 minutos para subsecuentes.

Tabla 2. Organización del proceso de atención: rol de los miembros del equipo de salud

Actividad	Perfil profesional	Funciones
Recepción, información, admisión.	Técnica/o en archivo y estadística.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre servicios de salud.
Preparación	Enfermero/a.	<ul style="list-style-type: none"> • Llenado de la Historia clínica según lo acordado por el equipo.
Educación preconsulta (sala de espera).	Personal asignado.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades educativas preconsulta. • Uso adecuado del tiempo de espera.
Consulta médica.	Médico/a, obstetrix.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista, anamnesis y examen físico para: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Evaluación y asesoría en nutrición; crecimiento y desarrollo. ◦ Evaluación psicosocial y familiar. ◦ Identificación de factores y conductas de riesgo. ◦ Detección oportuna, manejo y seguimiento de problemas de salud. • Referencia para calificación médica de discapacidad. • Promoción, asesoría y atención en: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Salud sexual y salud reproductiva. ◦ Salud mental. • Discusión de guías anticipatorias y proyectos de vida.
Posconsulta.	Enfermero/a.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que el profesional de la consulta se hizo entender al dar las indicaciones. • Educación y entrega de materiales educacionales.
Asesoría.	Psicóloga/o.	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría individual. • Asesoría grupal.

Actividad	Perfil profesional	Funciones
Evaluación social.	Trabajador/a social, enfermero/a, médica/o, obstetriz.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista adaptada a la situación y necesidades del/la adolescente.
Salud mental.	Psicólogo/a, psiquiatra.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista, asesoría y terapia individual, grupal, familiar y/o de pareja. Intervención en crisis. Orientación psicopedagógica básica.
Odontología.	Odontólogo/a.	<ul style="list-style-type: none"> Valoración odontológica a todo/a adolescente de acuerdo a las normas y procedimientos nacionales de atención en salud bucal vigentes.

9. Componentes de la supervisión de salud en adolescentes

La mayoría de actividades de supervisión de la salud y de tamizaje universal de adolescentes se realizan durante la anamnesis biopsicosocial y el examen físico, para lo cual utilizamos la Historia Clínica integral de adolescencia.

Se incluyen otros instrumentos para utilizar en los casos en que el profesional considere necesario.

9.1. Historia biopsicosocial

Realice una anamnesis biopsicosocial de acuerdo a los componentes 1 a 13 del formulario 056.

El registro de la evaluación biopsicosocial y familiar de adolescentes se hará en la historia clínica integral de la adolescencia (Anexo 2. MSP/DNEAIS/Form. # 056/Ene/2014), garantizando la privacidad y confidencialidad.

El proceso incluye:

1. Preguntar al/la adolescente si desea o no la presencia de un acompañante durante la consulta, y quién quisiera que fuera.
2. Realizar anamnesis y examen físico según orientaciones técnicas.
3. Revisar el calendario de inmunizaciones, según la norma.
4. Educar en autocuidado en salud.
5. Brindar asesoría y guías anticipatorias con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, salud mental, manejo de crisis normativas, violencia y lesiones, vida social y hábitos.
6. Discutir la construcción de proyectos de vida.
7. En caso de detectar problemas, plantear hipótesis diagnósticas, proponer y negociar un plan de manejo, y referencia o derivación en caso necesario.
8. La historia clínica integral de adolescencia se llenará en la primera consulta.

9.2. Contenido de la anamnesis

<p>Explore el/los motivos de consulta del/la adolescente y/o acompañante. La mejor estrategia es el uso de preguntas abiertas en torno a las preocupaciones del adolescente, sus ideas acerca del problema y sus expectativas.²⁵ Realice una anamnesis dirigida a los problemas del/la adolescente.</p>	C
<p>Registre los antecedentes personales y familiares, con énfasis en antecedentes de diabetes, obesidad, problemas cardiovasculares, alergias, infecciones, problemas de salud mental, usos/consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, violencia intrafamiliar, maternidad, paternidad adolescente y problemas judiciales.²⁶</p> <p>Los antecedentes familiares facilitan el enfoque de cuidado centrado en la familia, en el que se analizan las condiciones en el contexto de la familia, lo que se profundizará durante la evaluación de la estructura y funcionamiento familiar.</p>	C
<p>Evalúe la estructura y funcionamiento familiar mediante el familiograma (Anexo 3). Si bien herramientas como el Apgar familiar (Anexo 4) tienen una baja correlación con el diagnóstico de disfunción familiar, la probabilidad de encontrar problemas psicosociales es mayor en familias con puntajes bajos.^{27, 28}</p> <p>Se debe poner especial énfasis en las diferentes crisis normativas y no normativas del ciclo individual y familiar. Entre las crisis normativas se encuentran eventos esperados como el cambio de la educación básica a bachillerato, la menarquia y los cambios puberales, etc. Entre las crisis no normativas se encuentran eventos inesperados como la pérdida de un familiar, duelos, separaciones, abuso o violencia, entre otros.</p>	I ✓
<p>Evalúe la condición escolar y de trabajo del adolescente, con el fin de detectar situaciones de riesgo y brindar apoyo. El objetivo es la permanencia en el sistema escolar, la inserción o reinserción escolar, según el caso y la garantía de derechos tanto en adolescentes fuera del sistema escolar como en aquellos que trabajan.</p>	✓
<p>Evalúe el consumo de alcohol y drogas, con el uso del cuestionario CAGE-AID (Anexo 5).²⁹ Una respuesta positiva a una o más preguntas tiene una sensibilidad de 79% y de especificidad de 77% para la detección de problemas con el consumo de alcohol o drogas.</p> <p>Si el CAGE-AID es positivo, se puede profundizar la evaluación en cuanto al consumo de alcohol, con la aplicación del cuestionario AUDIT-C (Anexo 6). Un puntaje igual o superior a 4 en hombres (sensibilidad 86%, especificidad 72%), o un puntaje igual o superior a 3 en mujeres (sensibilidad 66%, especificidad 94%), indica consumo riesgoso de alcohol.^{30, 31}</p>	I ✓
<p>Respecto del consumo de tabaco y otras drogas, se puede completar la evaluación con la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), considerando que un adolescente que ingiere un bajo nivel de alguna sustancia puede tener mayor riesgo de presentar problemas de salud y sociales y aun ser clasificado como de «bajo riesgo» (Anexo 7). Un puntaje igual o mayor a 4 indica consumo de riesgo.³²</p> <p>El Cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).³²</p>	B

<p>Evalúe el consumo de tabaco y brinde asesoría breve para evitar el inicio del hábito de fumar o para dejar de fumar. Hay pruebas convincentes de que dejar de fumar reduce el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar.³³</p> <p>Los factores de riesgo asociados fuertemente con el inicio del tabaquismo en niños y adolescentes son el tabaquismo y la dependencia de la nicotina de los padres. Otros factores son un bajo nivel de supervisión parental, el fácil acceso al tabaco, la percepción de que los compañeros fuman y la exposición a publicidad relacionada con el consumo de tabaco.</p>	B
<p>La mayoría de los fumadores adultos comienzan el consumo de tabaco en la niñez o adolescencia. La transición desde la experimentación temprana a la adicción a la nicotina toma menos de dos años, y algunos niños y adolescentes progresan rápidamente a la dependencia de nicotina.³⁴</p> <p>Las intervenciones para dejar de fumar, incluyendo sesiones breves de orientación conductual (<10 minutos) en atención primaria, y en casos necesarios la farmacoterapia, aumentan el número de adolescentes que dejan de fumar con éxito, y se mantienen en abstinencia al menos un año. Incluso intervenciones mínimas (≤1 minuto) aumentan las tasas de abandono del hábito de fumar.³⁵</p>	B
<p>Pregunte sobre el nivel de actividad física del/la adolescente, incluyendo el tipo de actividad, su frecuencia e intensidad.</p> <p>Sugiera actividad física o deporte acorde con lo que puedan realizar las personas con discapacidad.</p> <p>La actividad física regular ayuda a prevenir enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes tipo 2, el sobrepeso y la obesidad, la osteoporosis y el cáncer. También puede reducir todas las causas de morbilidad y prolonga la esperanza de vida.³⁶</p> <p>Incentive y promueva la actividad física. Los beneficios de la actividad física se observan incluso con niveles modestos de actividad, como caminar o andar en bicicleta 30 minutos al día casi todos los días de la semana. Los beneficios aumentan con el nivel de actividad física. La mayoría de los estudios han evaluado estrategias breves de asesoría (tres a cinco min.) durante una visita clínica habitual, o intervenciones en las escuelas, pero la evidencia sobre su eficacia para promover la actividad física es débil o no es concluyente.³⁶</p>	I ✓
<p>Evalúe los patrones de alimentación del/la adolescente con el fin de detectar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como anorexia, bulimia o trastornos no específicos.</p> <p>Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en español como el SCOFF (Anexo 8) (a partir de los 11 años). Puntajes iguales o superiores a 2 tienen una sensibilidad de 98% y especificidad de 94% para la detección de trastornos de la conducta alimentaria.³⁷</p> <p>Los TCA son comunes entre adolescentes. Es importante identificar adolescentes con alto riesgo de desarrollar TCA para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz. Debido a la menor frecuencia de visitas durante la adolescencia, se recomienda aprovechar cualquier oportunidad para detectar hábitos de riesgo y casos de TCA.³⁸ Las revisiones odontológicas pueden detectar conductas de riesgo de padecer un TCA tales como los vómitos reiterativos.³⁸</p>	I ✓

<p>Pregunte si el/la adolescente conduce vehículos (automóviles, motocicletas, bicicletas, patinetas, etc.).</p> <p>Las lesiones por accidentes de tránsito y otras lesiones relacionadas con vehículos están entre las principales causas de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes. Si bien la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para promover el uso de medidas de seguridad durante la conducción de vehículos es insuficiente, aproveche la oportunidad para recomendar el uso de cinturón de seguridad, casco y otros dispositivos de seguridad para evitar lesiones por accidentes.^{39, 40}</p>	<p>I</p> <p>✓</p>
<p>Evalúe el tiempo que el/la adolescente pasa frente a una pantalla (TV, videojuegos, internet, redes sociales, celulares y otros medios digitales). El comportamiento sedentario frente a una pantalla se asocia con una serie de consecuencias adversas para la salud.⁴¹</p> <p>Se recomienda limitar el tiempo frente a una pantalla a máximo dos horas al día (excluyendo el tiempo destinado a usos educativos). Aunque se necesitan más estudios para evaluar su impacto, existe fuerte evidencia de una relación directa con aumento de peso, problemas para dormir, dolor musculoesquelético y depresión. Se ha demostrado una relación inversa con la actividad y aptitud física, el bienestar psicológico y el apoyo social. Pasar mayor tiempo frente a un televisor, o utilizando un computador o internet, se asocia con mayor probabilidad de consumo de bebidas azucaradas y probabilidades más bajas de consumo de fruta.⁴²</p>	<p>A</p>
<p>Se debe fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso saludable del tiempo libre en actividades físicas, deportivas, artísticas-culturales y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de adolescentes.^{43, 44}</p>	<p>✓</p>
<p>Busque factores de riesgo o historia sugestiva de problemas auditivos (Anexo 9). En casos positivos, considere la referencia para evaluación de la agudeza auditiva con audiometría tonal liminal y timpanometría de ser necesario.⁴⁵</p>	<p>I</p>
<p>Tome la historia sexual y explore aspectos relacionados con sexualidad, salud sexual y salud reproductiva.⁴⁶ Se recomienda el uso del modelo PILSETI (Permiso, Información Limitada, Sugerencias Específicas y Terapia Intensiva).⁴⁷ El Anexo 10 describe el modelo PILSETI y cómo abordar la historia sexual durante la anamnesis, incluida la población con discapacidad.</p>	<p>✓</p>
<p>En caso de vida sexual activa, tomar en cuenta los Criterios de Fraser (Fraser Guidelines) para prescripción de anticonceptivos a adolescentes.</p> <p>Es legal que los médicos proporcionen asesoría y tratamiento en anticoncepción sin necesidad del consentimiento o presencia de padres, madres o representantes legales.</p> <p>Se deben asegurar el cumplimiento con los Criterios de Fraser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El/la adolescente comprende la información que recibe del personal de salud. • El/la adolescente no puede ser persuadida/o de informar a sus padres, o que el profesional de salud lo haga. • Es probable que el/la adolescente inicie o siga teniendo relaciones sexuales, con o sin anticonceptivos. • Tanto la salud física como mental del/la adolescente pueden verse afectadas como consecuencia de negación de asesoría o tratamiento anticonceptivo. 	<p>✓</p>

<p>Explore el estado de ánimo del/la adolescente. Busque depresión o ansiedad, evalúe la autoestima y percepción corporal.</p> <p>Existen pocas herramientas validadas en adolescentes para el tamizaje de depresión y evaluación del riesgo de suicidio, y la evidencia sobre su utilidad es limitada.^{48, 49} Por su facilidad de uso, se recomiendan herramientas breves como el PHQ-2 para cribado, y PHQ-9 para evaluación posterior de los casos sospechosos detectados por el PHQ-2 (Anexo 11).⁵⁰</p> <p>La sensibilidad y la especificidad validadas de la PHQ-2 para el diagnóstico de la depresión mayor fueron 86% y 78%, respectivamente, con una puntuación de 2 o superior y el 61% y el 92% con una puntuación de 3 o superior.</p> <p>Para el PHQ-9, fueron 74% y 91%, respectivamente, con una puntuación de 10 o superior.</p> <p>Para el PHQ-2, una puntuación de 2 o más alto detecta más casos de depresión que una puntuación de 3 o superior. Para el PHQ-9, una puntuación de 10 o superior detecta más casos de depresión mayor que la determinación PHQ depresión principal descrito originalmente por Spitzer <i>et al</i> en 1999.</p>	<p>I</p> <p>✓</p>
<p>Indague sobre exposición a acoso, abuso o violencia. Pregunte al/la adolescente si durante el último mes ha sido amenazado/a, molestado/a o herido/a por alguien (ya sea en internet, por teléfono o mensajes de texto, o en persona). Indague si alguien le ha hecho sentir triste, inseguro/a o con miedo; o si ha sido maltratado/a físicamente (golpes, bofetadas, patadas), emocionalmente (amenazas o insultos), o forzado/a a tener relaciones sexuales o estar involucrado/a en actividades sexuales de forma involuntaria.</p>	<p>I</p> <p>✓</p>
<p>Pregunte sobre los proyectos de vida del/la adolescente. Esto permitirá orientar la discusión sobre guías anticipatorias y proyectos de vida durante el cierre de la consulta (Anexo 12).</p> <p>Se considera que tener proyectos de vida claros es factor protector que impulsa el desarrollo humano.</p>	<p>✓</p>
<p>En el caso de adolescentes con discapacidad, verificar la continuidad de las atenciones en rehabilitación orientadas a promover la independencia de la persona con discapacidad. Evitar la sobreprotección mediante intervenciones familiares adecuadas. Realizar el acompañamiento de la familia en el hogar para lograr las adaptaciones necesarias y la accesibilidad.</p>	<p>✓</p>

Estos componentes se relacionan con aquellos descritos en la nemotecnia HEADSS.⁵¹ También puede utilizar la herramienta Evaluación Rápida de Servicios Preventivos para Adolescentes (RAAPS) (Anexo 13)^{52, 53} que es una encuesta para ayudar a identificar las conductas que puedan poner en riesgo de lesión o muerte prematura. El estudio analiza las diversas áreas de comportamiento. Los proveedores que utilizaron RAAPS fueron capaces de identificar las conductas/ factores de riesgo, proveer asesoría para estos comportamientos, y remitir el 26% de 9 a 15 años de edad y el 43% de 16 a 20 años de edad para evaluación adicional o asesoría de riesgos en curso. Una respuesta positiva es objeto de seguimiento con mayor investigación y asesoramiento. Esta estrategia permite a los proveedores determinar el tipo y el nivel del riesgo y la necesidad potencial de referencia. La identificación de riesgos

a tiempo, puede ayudar a los proveedores en la adaptación de los programas específicos de asesoramiento de educación preventiva y de intervención que están orientados a satisfacer las necesidades específicas de la población adolescente.

Tabla 3. Nemotecnia HEADSS para la evaluación en adolescentes⁵⁴

Las/os profesionales pueden sentirse abrumados al atender a adolescentes en el establecimiento de salud porque pueden sentir que no están preparados o que no cuentan con el equipamiento para atender las necesidades sociales y emocionales de este grupo. La comunicación directa es una herramienta poderosa. Durante un encuentro clínico, los proveedores de atención médica se encuentran en la posición única de tener contacto directo con adolescentes. Escuchar y comentar las cuestiones con ellos/as puede tener impactos positivos sobre la salud de adolescentes y la salud sexual y salud reproductiva, especialmente.

Resulta decisivo llevar a cabo evaluaciones individuales y así identificar a adolescentes con riesgo y brindarles asesoramiento inmediato o vincularlos con los sistemas de apoyo.

La herramienta de evaluación HEADSS permite formular preguntas cuyas respuestas proporcionarán información acerca de los indicadores de protección y riesgo.

Si se identifican indicadores de riesgo, se tomarán medidas y se ofrecerá asesoramiento o vinculará al adolescente con los servicios o el apoyo adecuados.

H	Hogar: genograma, estructura y funcionamiento familiar.
E	Educación: permanencia en el sistema escolar, rendimiento escolar, conducta y relaciones con sus pares.
A	Actividades extraescolares, pertenencia a grupos.
D	Drogas, dieta.
S	Salud sexual y salud reproductiva.
S	Suicidio.

Fuente: Minnesota Health Improvement Partnership, Minnesota Department of Health. «Sample HEADSSS Questions (Long Form)», 2006. <http://www.health.state.mn.us/youth/providers/headsslong.html>

9.3. Examen físico

El examen físico debe ser, para cada adolescente consultante, una experiencia educativa y de autoafirmación, y debe realizarse respetando la privacidad y confidencialidad.

Pregunte al/la adolescente si desea la presencia de un acompañante durante el examen físico. En situaciones especiales, como sospecha de violencia o abuso sexual, el examen físico se realizará según lo indicado en la Guía de Manejo Integral de Violencia (idealmente con la presencia de otro miembro del equipo).

Las actividades de supervisión de salud de adolescentes durante el examen físico incluyen:

1. Evaluación antropométrica: mida, registre, grafique, interprete y explique al/la adolescente:

- Peso en kilogramos.
- Talla en metros.

Grafique en las curvas de OMS y según el sexo (Anexo 14),⁵⁵ la relación:

- Talla para la edad.
- Índice de masa corporal para la edad.
- Calcule el índice de masa corporal $IMC = \text{peso en kg} / (\text{talla en metros})^2$.
- Velocidad de crecimiento de la talla (solo si cuenta con dos o más mediciones de talla con intervalos mayor de 3 meses y menor de 18 meses).

El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de una alimentación adecuada y estado nutricional. El peso como parámetro aislado no tiene validez, debe expresarse en función de la edad y de la talla como índice de masa corporal para la edad. El IMC es el parámetro antropométrico que mejor se correlaciona con el estado nutricional en adolescentes.^{56, 57}

2. Mida y registre las cifras de presión arterial sistólica y diastólica. Los valores de presión arterial normales varían según la edad, sexo y talla.⁵⁸

Si bien no hay evidencia directa de que la detección de la hipertensión en niños y adolescentes reduce los eventos cardiovasculares adversos en los adultos⁵⁹, la evaluación periódica de las cifras de presión arterial permite la detección oportuna de adolescentes con hipertensión arterial, generalmente secundaria y asociada a problemas cardiovasculares, renovasculares, endocrinológicos, reumatológicos, genéticos o drogas.⁵⁸

Todo adolescente con hipertensión confirmada debe ser evaluado en búsqueda de enfermedad renal subyacente, mediante exámenes de biometría hemática, urea y creatinina, electrolitos, análisis de orina, cultivo de orina, y ecografía renal.⁵⁹

Todo adolescente con hipertensión confirmada y sobrepeso debe ser evaluado en búsqueda de diabetes mellitus, hiperlipidemia y otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.⁶⁰

3. Evalúe la agudeza visual con la cartilla alfabética de Snellen al menos una vez en la adolescencia temprana y tardía, y periódicamente si se considera necesario o en caso de que se refiera problemas oftalmológicos.

Los errores de refracción no corregidos son la principal causa de discapacidad visual en niños y adolescentes, con una prevalencia entre 9% y 15%.^{61, 62, 63}

En adolescentes no escolarizados y/o con trastornos de aprendizaje, se pueden usar cartillas de figuras.

4. Examine los conductos auditivos externos y la integridad de las membranas timpánicas.
5. Examine la postura, movilidad articular, deformidades y asimetrías de extremidades, caderas y columna vertebral. El examen ortopédico de dos minutos (Anexo 15) es una herramienta de tamizaje sistemático de uso común.⁶⁴ No se recomienda la evaluación rutinaria de escoliosis en adolescentes asintomáticos.
6. Solicite autorización al/la adolescente para examinar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios. En la mujer, mamas y vello púbico, y en hombres, vello púbico y genitales.⁶⁵ Si el/la adolescente no desea ser examinado/a, puede solicitarle que identifique su grado de desarrollo señalándolo en las cartillas de Tanner (Anexo 16). Este es otro momento educativo para enseñar el autoexamen de mamas y de testículos.

Mujeres

- a. Realice una inspección visual de madurez sexual (Tanner) de genitales y mamas.
- b. Busque signos de infecciones de transmisión sexual (por ejemplo verrugas, vesículas, úlceras, secreción vaginal anormal).
- c. **No se recomienda el tamizaje de cáncer de cuello uterino. Las mujeres menores de 21 años de edad no deben ser tamizadas, independientemente de la edad de inicio de vida sexual o de la presencia de otros factores de riesgo.**⁶⁶ El examen ginecológico se hará solo en presencia de signos o síntomas sugestivos de patología ginecológica. El cáncer de cuello uterino invasivo es raro en adolescentes y el cribado puede causar daño; además, un estudio encontró que el tamizaje cervical en mujeres de 20-24 años tiene poco o ningún impacto en las tasas de cáncer invasivo del cuello uterino.⁶⁷

Hombres

- a. Realice una inspección visual de madurez sexual (Tanner) de genitales.
 - b. Busque ginecomastia.
 - c. Busque signos de infecciones de transmisión sexual (por ejemplo verrugas, vesículas, úlceras, secreción uretral anormal).
 - d. Examine los testículos buscando hidrocele, hernias, varicocele o masas.
7. Realice un examen bucodental. Evalúe el desarrollo de la dentición permanente: aparición de primer y segundo premolares, caninos y segundos molares entre los 10 y 13 años y tercer molar al final de la adolescencia. Evalúe la higiene dental, caries, gingivitis, mal oclusiones, desgastes, pérdidas o traumas dentarios.⁶⁸

9.4. Variaciones normales del desarrollo

Los profesionales de salud deben detectar las variaciones normales del crecimiento y desarrollo en adolescentes, y orientar adecuadamente al/la adolescente y a su familia.

Ginecomastia

La mitad de los adolescentes varones experimentará ginecomastia como resultado de un exceso relativo de estimulación estrogénica, con inicio típico de 13 a 14 años de edad o etapa de Tanner 3 o 4.^{69,70} Los pequeños aumentos (menores de 4 cm de diámetro) se resuelven en tres años sin tratamiento en un 90% de los casos.⁵⁵

Desarrollo mamario asimétrico

Frecuente en las mujeres, en la mayoría de los casos, transitorio.⁵⁵

Acné

En ambos sexos, los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición de acné. Puede ser clasificado como predominantemente comedonal, inflamatorio o mixto. Debe ser evaluado para determinar la necesidad de mayor estudio y manejo específico, notando la presencia o ausencia de comedones, eritema, cicatrices, o quistes (Anexo 17). En términos generales puede clasificarse como leve, moderado o severo.⁷¹

Clasificación según la severidad	
Grado	Características
Acné leve	Lesiones no inflamatorias (comedones) Escasas lesiones inflamatorias (pápulo-pustulares)
Acné moderado	Lesiones inflamatorias superficiales y nódulos ocasionales
Acné grave	Lesiones inflamatorias extensas, nódulos y cicatrices Acné moderado que no cede con 6 meses de tratamiento Acné con afección psicológica severa

Fuente: Purdy S, de Berker, D. Acne vulgaris. Revisión Sistemática, 2011. BMJ Publishing Group.

Hipertrichosis e hirsutismo

El exceso de vello, la mayor parte de las veces idiopático, debe ser evaluado para determinar la necesidad de mayor estudio y manejo específico. Se debe prestar especial atención a la edad de aparición del hirsutismo, distribución del vello, la presencia de sobrepeso u obesidad, trastornos menstruales, genitales ambiguos y el uso de medicamentos.^{55,72}

Ciclos menstruales irregulares

Durante los dos primeros años posteriores a la menarquia, los ciclos menstruales frecuentemente son irregulares, producto del proceso de maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

En la asesoría se debe enfatizar que, a partir de la primera ovulación y primera eyaculación (espermarquia) existe la posibilidad de embarazo.⁵⁵

Flujo vaginal puberal

Puede aparecer previo a la menarquia. Se diferencia del flujo vaginal patológico por ser escaso, inodoro, incoloro y no acompañarse de dolor, prurito ni disuria.⁵⁵

9.5. Tamizaje selectivo

Exámenes que se deben solicitar en situaciones específicas

- Control de hematocrito y hemoglobina para detección de anemia en casos de: trastornos menstruales, pérdida de peso o peso bajo crónico, sospecha de trastornos de la conducta alimentaria o déficit nutricional (anorexia, bulimia), vegetarianos.
- Investigación de infecciones de transmisión sexual (ITS) (clamidia, gonorrea, sífilis, hepatitis B y C) en adolescentes en situaciones de riesgo: relaciones sexuales sin protección, abuso sexual, consumo de drogas por vía endovenosa, sospecha de exposición, pedido voluntario del/la adolescente. La realización de pruebas para VIH se hará previo consentimiento informado y asesoría pre y posprueba establecidos en las guías nacionales.⁷³

9.6. Inmunizaciones

Revise el cumplimiento de las inmunizaciones de acuerdo a las recomendaciones del Programa Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública:

1. Varicela (10 años).
2. Hepatitis B (11 años).
3. Difteria y tétanos (a partir de los 15 años).

Se recomienda la administración de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV) en población preadolescente a partir de los nueve años de edad, de preferencia antes del inicio de la actividad sexual. Se administra un esquema de dos dosis. Siempre se debe acompañar de educación respecto a la vacuna. Recuerde que la vacuna no protege contra otras ITS y no reemplaza el tamizaje de cáncer de cuello uterino a partir de los 21 años.⁶⁵

10. Asesoría a adolescentes

La asesoría es un proceso de escucha empática, información y orientación para apoyar la toma de decisiones personales, ajustada a las necesidades y problemática particular de la persona que consulta.⁷⁴ Debe estar centrada en las necesidades y requerimientos de adolescentes y jóvenes de acuerdo a la identidad sexual, etapa de desarrollo, conocimientos, intereses, cultura, etnia, valores, etc. También puede utilizarse como un momento de orientación al acompañante de la persona adolescente para apoyar la implementación y mantenimiento de conductas saludables.

La asesoría orientada a adolescentes es un proceso centrado en el logro de objetivos que consta de siete pasos:⁴⁷

1. Encuentro inicial y participación.
2. Evaluación o exploración de la situación o problema.
3. Toma de decisiones adecuadas y fijación de metas apropiadas para la edad.
4. Elaboración de planes para la acción: proyectos de vida.
5. Ejecución de los planes.
6. Monitoreo del progreso y evaluación.
7. Cierre.

Estos pasos se detallan a continuación:

Tabla 4. Pasos, características y acciones para la asesoría a adolescentes^{47, 74, 75}

Pasos	Características	Acciones
1. Iniciar una relación de confianza (vínculo).	Crear un ambiente confortable y acogedor, teniendo presente que los primeros momentos de la asesoría marcarán el ambiente que se establecerá después y que un estilo directivo, intrusivo, prejuiciado o enjuiciador puede resultar intimidante. Es importante, contar con un espacio privado y sin interrupciones, sin barreras, accesible y atractivo para que se sientan bienvenidos y seguros. Evitar las barreras físicas como los escritorios, rompiendo así las barreras de poder. Garantizar privacidad y confidencialidad en todo momento.	Prestar atención a la persona. No tomar apuntes, pero si es necesario, que sean los mínimos. Apagar el celular. Evitar interrupciones, y que otras personas entren al consultorio.
		Ser sensible a las necesidades. Tratar a las personas con dignidad y respeto.
		Mostrar y comunicar aceptación incondicional. Cuando los adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, se sienten valorados, respetados y escuchados, se comunican libre y naturalmente.
2. Evaluación o exploración de la situación o problema.		Evaluar la historia y, en conjunto, definir o aclarar los temas y las inquietudes, determinando, cuando corresponda, el curso en que los temas han evolucionado con el transcurso del tiempo.
		Hacer sentir a la persona, que su problema o situación no es única, que a otros individuos podría haberles sucedido lo mismo y tiene derecho a sentirse como se siente. Todas las personas pueden cometer equivocaciones; esto facilita bajar la tensión y favorece que comunique la situación que le está afectando.

Pasos	Características	Acciones
2. Evaluación o exploración de la situación o problema.		<p>Introducir el tema, intentando corregir mitos y la información incorrecta, evitar entregar información o tratar otros temas, que no corresponden a la situación específica. Hablar en términos simples y precisos, escuchar atentamente cuáles son las palabras utilizadas y considerar los conocimientos previos.</p> <p>Evaluar lo que sabe y lo que no sabe, en relación a la conducta que se está analizando. Explorar su predisposición y posicionamiento en relación a las herramientas y conductas preventivas. Ej. Si se siente o no en riesgo, cual es su percepción subjetiva de autocontrol, dominio, autoestima, capacidad de afrontamiento.</p> <p>Evaluar sus expectativas, opiniones, valores, esquemas de conducta en relación a las prácticas que se quieren modificar o eliminar, como también de las que se quieren promover.</p>
3. Orientar y guiar la toma de decisiones.		<p>Facilitar la comprensión de los temas principales y ayudar a aclarar sus percepciones e ideas acerca de sus inquietudes. Si es necesario, entregar información adicional, resolver dudas y aclarar creencias erróneas.</p> <p>Apoyar el desarrollo de metas realistas y apropiadas. Guiar a visualizar las diferentes opciones para la resolución de sus inquietudes o problemas, estableciendo así metas apropiadas con el fin de mantener o cambiar conductas, acorde a su etapa de desarrollo, necesidades, género y realidades particulares.</p>
4. Elaboración de plan de acción.		<p>Apoyar la elaboración de un plan de acción realista, para llevar a cabo las decisiones tomadas</p> <p>Ayudar a anticipar las barreras personales o interpersonales con las que podría encontrarse al implementar el plan de acción y también explorar los elementos, recursos, capacidades y las destrezas, que posee para realizar el cambio de conducta.</p>
5. Poner en práctica el plan de acción.		Acompañar durante la implementación de las decisiones tomadas.

Pasos	Características	Acciones
6. Monitoreo y evaluación.	La etapa final consiste en monitorear los compromisos adquiridos en el plan de acción, y redefinir los no cumplidos, después de seis meses o según la necesidad. La mejor intervención en este punto es continuar estimulando y reforzando de manera positiva, con énfasis en un modo de vida saludable. Esto puede lograrse de mejor manera, estableciendo asesorías periódicas y elogiando y alentando, cada vez que actúa de acuerdo a sus propias metas. Se debe explicar que el no cumplimiento de una meta es parte normal del proceso de cambio y quizá haya momentos en que podría repetir situaciones anteriores. Debe sentir que la asesora o el asesor está de su lado y lo apoyará en todo el proceso.	<p>Cuando los adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, comienzan a implementar su nueva conducta, todavía necesitan apoyo y estímulo.</p> <p>Fortalecer la capacidad percibida (autoeficacia) para llevar a cabo las decisiones tomadas, apoyando en caso de que se presenten barreras para implementarlas.</p> <p>Ayudar a solucionar problemas actuales o los que podrían presentarse.</p> <p>Reforzar el cambio, ayudando a visualizar sus propias respuestas y la de los otros frente al cambio y los beneficios percibidos.</p>
7. Cierre.		La asesoría se cierra explicitando la posibilidad de regresar en nuevas oportunidades.

Para desempeñar el rol de asesor, el profesional debe tener los siguientes conocimientos base:

Tabla 5. Conocimientos base necesarios para la asesoría orientada a adolescentes⁴⁷

Influencias culturales, comunitarias y contextuales del entorno
El rol de la cultura y la religión en la sexualidad, la formación de normas culturales y su influencia en las elecciones sexuales, la falta de recursos y educación, pobreza, racismo, sexismo y homofobia, afectan las elecciones y el desarrollo sexual de los jóvenes.
Temas sociales actuales que afectan el desarrollo de los jóvenes
Perspectiva personal del análisis de situación de la juventud en su comunidad.
Conocimiento de sí mismo
Conocimiento personal crítico; de las motivaciones propias para dedicarse a la asesoría de jóvenes; conciencia de prejuicios y sesgos hacia grupos de adolescentes; apertura al crecimiento y la supervisión; compromiso con el aprendizaje y el desarrollo.

Etapas de crecimiento y desarrollo en la adolescencia
Desarrollo físico, social, moral, cognitivo y emocional de los preadolescentes, adolescentes tempranos, adolescentes tardíos y jóvenes.
Diferencias de género
Roles de género; roles de sexo y su capacidad de cambio; opresión y marginalización de las mujeres y niñas.
Métodos de prevención efectiva del VIH/ITS, del embarazo no deseado y embarazo subsecuente en adolescentes
Entrevista y evaluación
Saber qué preguntas clave formular y los fundamentos para hacerlas de manera que sean cordiales y apropiadas según género y etapa de desarrollo de la persona. Utilizar pensamiento crítico en el desarrollo del «escenario» de la situación que enfrenta el adolescente.
Hacer referencia, contrarreferencia o derivaciones
Cómo referir, contrarreferir o derivar, por qué y a quién. Temas éticos relacionados con las razones de la referencia, contrarreferencia o derivación, por ejemplo: «¿Qué hago si no me siento cómodo/a hablando sobre anticoncepción como opción con una adolescente que, sin embargo, la solicita? El problema es que no hay otra persona en mi comunidad a quien pueda hacerle la derivación».
Conocimiento de las leyes y políticas locales
Relacionadas con la asesoría sobre salud sexual y salud reproductiva.
Ética
Saber cómo abordar temas y dilemas éticos; capacidad para buscar ayuda o supervisión ante un conflicto.
Teorías de la conducta humana
El rol de las emociones en la toma de decisiones y cambios del comportamiento, percepción y pensamientos y cómo aprenden y crecen las personas.
Teorías de cambio
Cómo facilitar el cambio, funcionamiento del proceso de cambio, barreras para el cambio; terapias cognitivas del comportamiento.

11. Guías anticipatorias en la adolescencia⁶⁵

Las guías anticipatorias sirven de orientación en la práctica clínica para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Son una importante herramienta de gran valor para la atención integral con enfoque biopsicosocial.

La prioridad es hacer frente a las preocupaciones de adolescentes y sus padres, por lo que se tomarán en cuenta algunos temas para la discusión en los controles con adolescentes. El objetivo es determinar las necesidades de salud del o la adolescente y su familia que debe ser abordado por el profesional de la salud.

Las siguientes prioridades son consistentes a lo largo de la adolescencia. Las preguntas utilizadas para la obtención efectiva de la información y la orientación anticipada prevista para el adolescente y la familia pueden variar. Indagar todos los temas en una consulta, no siempre puede ser factible, pero el objetivo debería ser abordar los temas de importancia en cada control.

Los pasos y principios de asesoría se utilizarán para el abordaje de guías anticipatorias con énfasis en los siguientes temas:

Guías anticipatorias para adolescentes

1. Crecimiento físico y desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> a. Salud física y oral. b. Imagen corporal. c. Alimentación saludable. d. Actividad física.
2. Competencia social y académica.	<ul style="list-style-type: none"> a. Relaciones con familia, sus pares y la comunidad. b. Relaciones interpersonales y de pareja. c. Desempeño académico/laboral. d. Inserción o reinserción escolar.
3. Bienestar emocional.	<ul style="list-style-type: none"> a. Estado de ánimo y salud mental. b. Capacidad de afrontar problemas (resiliencia). c. Sexualidad. d. Salud sexual y salud reproductiva.
4. Reducción de riesgos.	<ul style="list-style-type: none"> a. Uso y consumo de tabaco, alcohol, otras drogas. b. Prevención de embarazo en adolescentes (primero y subsecuente). c. Prevención de aborto en condiciones inseguras. d. Prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y otras infecciones transmitidas por sangre y secreciones como hepatitis B y C. e. Vacunas.
5. Violencia y prevención de lesiones.	<ul style="list-style-type: none"> a. Conducción de vehículos, uso de cinturón de seguridad y casco. b. Armas. c. Violencia interpersonal. d. Violencia de género y violencia sexual. e. Acoso escolar o <i>bullying</i>.

Fuente: Bright Futures Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3rd ed. The American Academy of Pediatrics; 2008

http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/18-Adolescence.pdf

12. Consideraciones para la implementación de la Guía de supervisión de Salud de adolescentes

Factores que favorecen la implementación

Esta guía de supervisión debe ser implementada por los profesionales de todos los establecimientos de salud, para lo cual es aconsejable disponer de la siguiente organización del establecimiento de salud:

- Consolidar un equipo multi e interdisciplinario, y designar referentes en las distintas especialidades involucradas.
- Proveer servicios con personal calificado que garanticen la continuidad de la atención.
- Disponer de los medicamentos e insumos necesarios para anticoncepción, anticoncepción oral de emergencia, profilaxis de VIH e ITS, y vacunas.
- Crear las condiciones adecuadas para que los/las adolescentes tengan privacidad, confidencialidad, confianza y disponibilidad de ser atendido.
- Referencia o derivación personalizada dentro o fuera del servicio de salud.
- Sensibilizar e informar a todo el personal de servicios de salud de todos los niveles de atención tanto médico, técnico y administrativo a fin de que las personas adolescentes que llegan a cualquier establecimiento y a cualquier hora, reciban la orientación/atención precisa.
- Informar a la comunidad de la necesidad de acudir a la consulta regular y permanente.
- Llevar un registro de casos en el parte diario y llenar la historia clínica de la adolescencia en la primera consulta (formulario 056 MSP).
- Facilitar que la atención sea realizada garantizando la confidencialidad y privacidad de adolescentes.
- En caso necesario, referir y/o derivar a adolescentes a centros con adecuada complejidad y capacidad resolutive, o a la unidad donde cuente con un equipo capacitado, una vez que se ha establecido el diagnóstico.

13. Indicadores de monitoreo

Para el monitoreo de la implementación de esta guía se han definido los siguientes indicadores:

Adolescencia		
Indicadores de monitoreo		
	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo
1	10 primeras causas de morbilidad en adolescentes (de acuerdo al grupo etario).	10 primeras causas de morbilidad, tomando en cuenta primeras consultas de morbilidad, condición del diagnóstico: definitivo inicial y definitivo Inicial confirmado por laboratorio.
2	Cobertura de atención de acuerdo al grupo etario y programático.	Número de primeras consultas preventivas** realizadas a personas en las unidades operativas/ población asignadas a las unidades operativas por 100. **De acuerdo a grupo etario y grupo programático.
3	Concentración de acuerdo al grupo programático.	Número de consultas preventivas primeras más subsecuentes realizadas a adolescentes en los establecimientos de salud/número de consultas preventivas primeras.
4	Porcentaje de consultas preventivas en adolescentes (de acuerdo al grupo etario y programático).	Número de primeras consultas preventivas realizadas a adolescentes en las unidades operativas/número de primeras consultas preventivas más las primeras consultas morbilidad en adolescentes.
5	Tasa de embarazo en adolescentes (de acuerdo al grupo etario y programático).	Número de primeras consultas prenatales realizadas a adolescentes en las unidades operativas/proyección de población adolescente.
6	Porcentaje de adolescentes víctimas de violencia física, sexual y psicológica (de acuerdo al grupo etario y programático).	Número de adolescentes víctimas de violencia física, sexual y psicológica/número total de víctimas de violencia física, sexual y psicológica.

Anexos

Anexo 1. Sistema de clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones

Grado de evidencia	Definición	Sugerencia para la práctica
A	Existe una alta certeza de que el beneficio neto es sustancial.	Ofrecer o proporcionar este servicio.
B	Hay una alta certeza de que el beneficio neto es moderado o existe certeza moderada de que el beneficio neto es de moderado a sustancial.	Ofrecer o proporcionar este servicio.
C	Puede haber consideraciones que apoyan la prestación del servicio en un paciente individual. Hay por lo menos moderada certeza de que el beneficio neto es pequeño.	Ofrecer o proporcionar este servicio solo si otras consideraciones apoyan la oferta o la prestación del servicio en un paciente individual.
D	Hay certeza moderada o alta de que el servicio no tiene ningún beneficio neto o que los daños son mayores que los beneficios.	Desalentar el uso de este servicio.
I	La evidencia actual es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de los servicios. La evidencia es deficiente, de mala calidad, o en conflicto, y el balance de riesgos y beneficios no se puede determinar.	Si se ofrece el servicio, los pacientes deben comprender la incertidumbre sobre el equilibrio entre los beneficios y los daños.
✓	Por lo general, son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que lo sustente.	Representa un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de expertos acuerda.

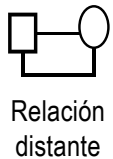
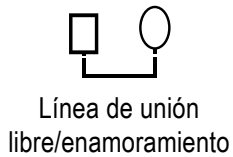
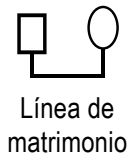
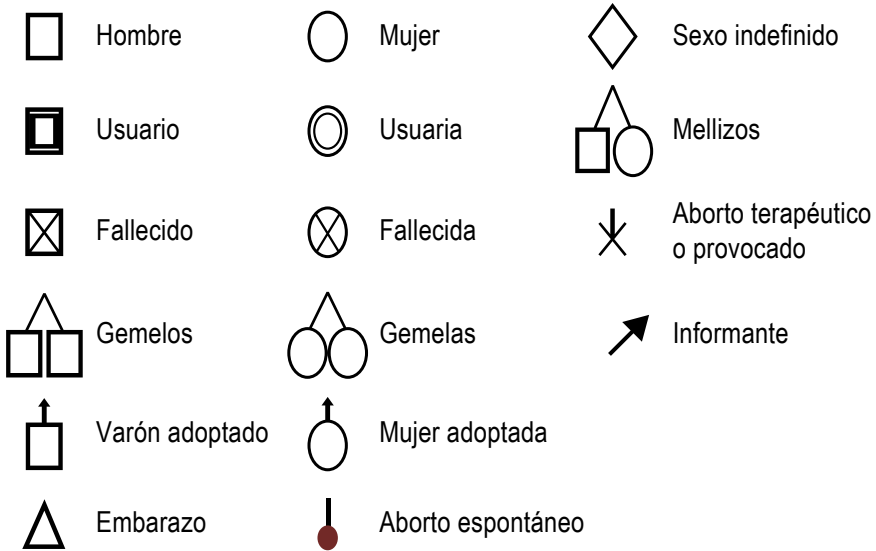
Modificado de: Grupo de Trabajo de Cuidados Preventivos de los Estados Unidos de Norteamérica (USPSTF).

Fuente: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>

7. EDUCACIÓN ESTUDIA		NIVEL No escolarizados <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>		GRADO CURSO <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS EN LA ESCUELA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VIOLENCIA ACOSO ESCOLAR si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		AÑOS REPETIDOS <input type="checkbox"/> causas _____		DESERCIÓN EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> causas _____		EDUCACIÓN NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Especifique _____	
8. TRABAJO ACTIVIDAD Trabaja <input type="checkbox"/> Busca 1ª vez <input type="checkbox"/> No y no busca <input type="checkbox"/> Desocupado <input type="checkbox"/>		EDAD INICIO TRABAJO años <input type="checkbox"/>		TRABAJO horas por semana <input type="checkbox"/>		HORAS DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		RAZÓN DE TRABAJO económica <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/>		TRABAJO LEGALIZADO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		TRABAJO INSALUBRE si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>			
9. VIDA SOCIAL ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		PAREJA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> AMIGOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD GRUPAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DEPORTE mañana <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> REDES SOCIALES <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/>		COMPUTADORA <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> JUEGOS <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> OTRAS ACTIVIDADES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuales? _____							
10. HÁBITOS SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/>		ALIMENTACIÓN ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		COMIDAS POR DÍA <input type="checkbox"/>		COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA <input type="checkbox"/>		TABACO cigarrillos por día <input type="checkbox"/> Especifique inicio a fumar: _____ Años _____		ALCOHOL Cage-AID positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> Especifique inicio a consumir alcohol: _____ Años _____		OTRAS SUSTANCIAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Especifique _____		CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Tipo de Vehiculo: _____	
11. GINECO-UIROLÓGICO MENARCA/ESPERMARCA años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		FECHA DE ULTIMA MESTRUACIÓN ____/____/____ dd/mm/aaaa <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> No corresp. <input type="checkbox"/>		CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		DISMENORREA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		FLUJO PATOLÓGICO SECRECIÓN PENEANA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>							
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Especifique _____		ITS Búsqueda de Contactos _____		EMBARAZOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuántos? <input type="checkbox"/>		ABORTOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuántos? <input type="checkbox"/>		HIJOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuántos? <input type="checkbox"/>		APOYO DE LA PAREJA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
12. SEXUALIDAD RECIBIO ASESORIA EN SEXUALIDAD no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		RELACIONES SEXUALES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PAREJA hetero <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="checkbox"/>		DIFICULTADES EN REL. SEX. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> voluntarias <input type="checkbox"/>		ANTICONCEPCIÓN siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> Tipo-método anticonceptivo Cual? _____ nunca <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		CONDÓN siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		ABUSO SEXUAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
13. SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás		ESTADO DE ÁNIMO <input type="checkbox"/> bueno <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> tímido		<input type="checkbox"/> irritable retraído <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> otro		REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> fuera del hogar		PROYECTO DE VIDA <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente							
14. EXAMEN FÍSICO ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		INDICE DE MASA CORPORAL <input type="checkbox"/>		CABEZA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		PIEL Y FANERAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		AGUDEZA VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		AGUDEZA AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>					
BOCA Y DIENTES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		CUELLO Y TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		TORAX Y MAMAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		CARDIO-PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		PRESIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>		FRECUENCIA CARDIACA <input type="checkbox"/> latidos/min					
ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		GENITO-URINARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>		COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		NEUROLÓGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>					
Observaciones: _____ _____															
15. DIAGNÓSTICOS - CIE-10										COD <input type="checkbox"/>					
										COD <input type="checkbox"/>					
16. INDICACIONES E INTERCONSULTAS															
Responsables: _____ _____ _____															

Anexo 3. Familiograma⁷⁶

El familiograma (o genograma) es la representación gráfica de la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones, por lo menos en tres generaciones. Para su elaboración se utiliza la siguiente simbología:



El familiograma permite obtener la siguiente información de la familia:

Estructura o tipología familiar⁷⁷

Las familias se pueden clasificar según su estructura en:

- Familia extensa: más de dos generaciones en el mismo hogar.
- Familia nuclear: los padres y sus hijos.
- Familia ampliada: con parientes o con agregados.
- Familia monoparental: uno de los padres y sus hijos.
- Familia reconstituida: formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos trae un hijo de una relación anterior.
- Personas sin familia: persona que vive sola.
- Equivalentes familiares: personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional.

Etapas del ciclo vital familiar: las familias atraviesan por las siguientes fases o etapas durante su ciclo de vida:

- Familia en formación: desde la formación de pareja hasta el nacimiento del primer hijo/a.
- Familia en extensión: desde que nace el primer hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.
- Familia en contracción o en plataforma de lanzamiento: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último hijo.
- Familia en nido vacío: desde que el último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge.
- Familia en disolución: desde que muere el primer cónyuge hasta la muerte del superviviente.

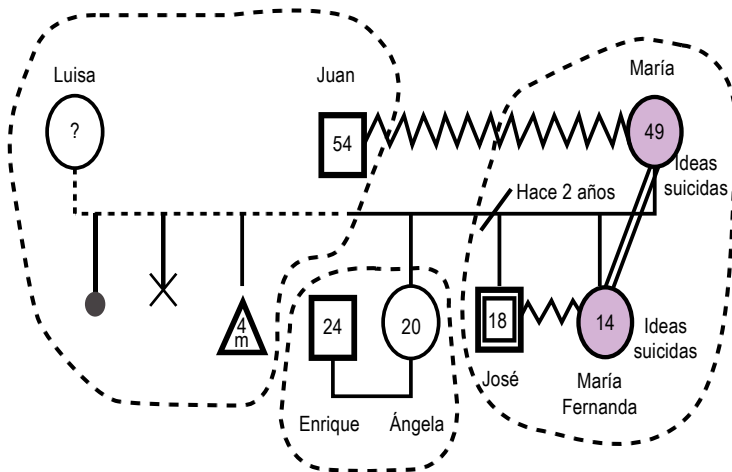
Adaptación al ciclo vital: cada uno de los integrantes de la familia puede adaptarse de forma diferente a cada una de las etapas del ciclo vital en que se encuentra la familia.

Repetición de pautas a través de generaciones: el familiograma permite descubrir la repetición de patrones, conductas o problemas (ej.: relaciones violentas, alcoholismo, embarazo en la adolescencia, depresión...) a lo largo de las generaciones, que pueden estar en relación con la estructura, morbilidad o funcionamiento familiar.

Sucesos de la vida y funcionamiento familiar (crisis normativas y no normativas): el familiograma permite detectar y evaluar los cambios esperados (crisis normativas) e inesperados (crisis no normativas) que afrontan las familias en estructura y funcionamiento. También se puede evaluar la capacidad de respuesta de la familia frente a los cambios y los recursos que moviliza (redes de apoyo).

Tipos de relación: en el familiograma se pueden representar los vínculos que se establecen entre los miembros de la familia: «conflictiva», «distante». Se pueden evidenciar alianzas, diadas o triangulaciones, que generan ganancias o pérdidas para los miembros de las familias.

Ejemplo de un familiograma con su interpretación y análisis:⁷⁶



José es un adolescente de 18 años, segundo hijo de una relación de pareja conflictiva entre Juan de 54 años y María de 49 años, quienes están separados hace dos años. De esta relación han procreado una hija mayor, Ángela de 20 años, casada con Enrique de 24 años, que viven aparte. Tiene una hermana menor, María Fernanda, de 14 años, con quien mantiene un vínculo intolerante. José vive con su madre y su hermana menor. Se puede notar que existe una alianza madre-hija así como una transmisión intergeneracional de las ideas suicidas de la madre a su hija María Fernanda. Juan está conviviendo con Luisa, quien tiene antecedentes de un aborto provocado y otro espontáneo y actualmente tiene 4 meses de gestación.

Diagnóstico: familia nuclear, uniparental, en proceso de desprendimiento y salida de los hijos, con signos de disfuncionalidad y establecimiento de alianzas y triangulaciones internas. Alto riesgo de transmisión de ideas suicidas.

Anexo 4. APGAR familiar⁷⁸

Se aplica a la población general. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o con el apoyo del profesional.

Consta de cinco ítems para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. De forma ideal, el APGAR se debe administrar a dos o más miembros de la familia. Se debe recordar que sus resultados pueden cambiar en el tiempo según las circunstancias de la dinámica familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Funcional: 7-10 puntos.
- Disfuncional leve: 4-6.
- Disfuncional grave: 0-3.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Fuente: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf

Anexo 5. Cuestionario CAGE-AID⁷⁹

Screening de alcoholismo adaptado para incluir drogas

1. ¿Has sentido que debes reducir tu consumo de alcohol o de drogas?
2. ¿Te ha molestado que la gente te critique por tu forma de beber o consumir drogas?
3. ¿Alguna vez te has sentido mal o culpable por beber alcohol o consumir drogas?
4. ¿Alguna vez has necesitado beber o consumir drogas por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias de una resaca (chuchaqui)?

Puntuación: / 4

Respuestas afirmativas a dos o más preguntas sugieren consumo riesgoso que amerita evaluación adicional, por ejemplo con el cuestionario AUDIT-C (Anexo 6), y/o referencia.

En CAGE O CAGE-AID, debería ser precedido por estas dos preguntas:

1. ¿Ud. toma alcohol?
2. ¿Ud. ha experimentado con drogas?

Si la persona ha experimentado con drogas, se usa el CAGE-AID.

Si la persona toma alcohol, se usa el CAGE.

Fuente:

<http://www.partnersagainstpain.com/printouts/A7012DA4.pdf>

<http://www.meiga.info/escalas/cuestionariocage.pdf>

Anexo 6. Herramienta breve de evaluación de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT-C)⁸⁰

Pregunta	Respuesta (puntaje asignado)	Puntaje
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Nunca (0) <input type="checkbox"/> Una o menos veces al mes (1) <input type="checkbox"/> 2 a 4 veces al mes (2) <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces a la semana (3) <input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana (4)	
2. ¿Cuántas unidades de bebidas alcohólicas suele tomar en un día normal?	<input type="checkbox"/> 1 o 2 (0) <input type="checkbox"/> 3 o 4 (1) <input type="checkbox"/> 5 o 6 (2) <input type="checkbox"/> 7 a 9 (3) <input type="checkbox"/> 10 o más (4)	
3. Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	<input type="checkbox"/> nunca (0) <input type="checkbox"/> menos de una vez al mes (1) <input type="checkbox"/> mensualmente (2) <input type="checkbox"/> semanalmente (3) <input type="checkbox"/> a diario o casi a diario (4)	
	Total	___ / 12

Fuente: OPS. Alcohol y atención primaria de la salud. 2008.

Un puntaje igual o superior a 4 en hombres (sensibilidad 86%, especificidad 72%), o un puntaje igual o superior a 3 en mujeres (sensibilidad 66%, especificidad 94%), indica consumo riesgoso de alcohol.

¿Cómo calcular el contenido de alcohol en una bebida?

Las preguntas 2 y 3 asumen que **una bebida estándar equivale a 10 gramos de alcohol**. Según la OMS, el nivel de consumo de bajo riesgo es hasta 20 gramos de alcohol por día, cinco días a la semana (recomendando dos días sin beber). El contenido de alcohol de una bebida depende de los grados de esta y del volumen del envase. Es necesario adaptar los tamaños de las bebidas a lo más habitual a nivel local. En el cálculo de la cantidad de gramos de alcohol en una unidad de bebida estándar se utiliza un factor de conversión de 0,79. Esto permite convertir cualquier volumen de alcohol a gramos.

Por ejemplo:

1 lata o botella pequeña de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión) = 13 gramos de alcohol.

1 copa de vino (140 ml) al 12% x 0,79 = 13,3 gramos de alcohol.

1 vaso de destilados como aguardiente, *whisky*, ron, vodka, tequila, etc. (40 ml) al 40% x 0,79 = 12,6 gramos de alcohol.

Anexo 7. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)⁸¹

Nombre del trabajador clínico Clínica

Identificación o nombre del usuario Fecha

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

*Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.*

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

Pregunta 1

A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e. Estimulantes de tipo anfetamina (<i>speed</i> , anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j. Otras, especifique: _____	No	Sí
Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: «¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?»	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.	

Pregunta 2

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (<i>speed</i> , anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6
Si la respuesta es «Nunca» a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.					
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

Pregunta 3

En los <i>últimos tres meses</i> , ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (<i>speed</i> , anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los <i>últimos tres meses</i> , ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, <i>crack</i> , etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (<i>speed</i> , anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	5	6	7
j. Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
		0	5	6	7
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (<i>speed</i> , anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
		0	6
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (<i>speed</i> , anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	6
j. Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Pregunta 7

¿Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (<i>speed</i> , anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	6
j. Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Pregunta 8

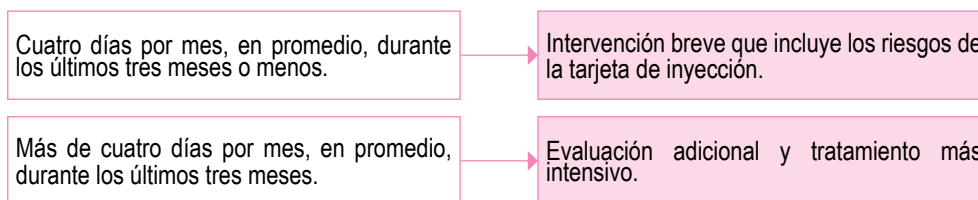
¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse

Lineamientos de intervención



Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como:

$$P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c.$$

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como:

$$P2a + P3a + P4a + P6a + P7a.$$

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas

	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

Tarjeta de respuestas del ASSIST v3.1

Tarjeta de respuestas | Sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
d. Cocaína (coca, crack, etc.)
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
f. Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
j. Otras, especifique: _____

Tarjeta de respuestas | Respuestas de frecuencia

Respuestas	Frecuencia
Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST) <ul style="list-style-type: none"> Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses. Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses. Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses. Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana. Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana. 	A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST) <ul style="list-style-type: none"> No, nunca. Sí, pero no en los últimos tres meses. Sí, en los últimos tres meses.

Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1

Hábitos de inyectarse

Hábitos de inyectarse

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo
a. Productos de tabaco	0 – 3	Bajo
	4 – 26	Moderado
	27+	Alto
b. Bebidas alcohólicas	0 – 10	Bajo
	11 – 26	Moderado
	27+	Alto
c. Cannabis	0 – 3	Bajo
	4 – 26	Moderado
	27+	Alto
d. Cocaína	0 – 3	Bajo
	4 – 26	Moderado
	27+	Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0 – 3	Bajo
	4 – 26	Moderado
	27+	Alto
f Inhalantes	0 – 3	Bajo
	4 – 26	Moderado
	27+	Alto
g Sedantes o pastillas para dormir	0 – 3	Bajo
	4 – 26	Moderado
	27+	Alto
h Alucinógenos	0 – 3	Bajo
	4 – 26	Moderado
	27+	Alto

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
i Opiáceos		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto
j Otras, especifique: _____		0 – 3	Bajo
		4 – 26	Moderado
		27+	Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Moderado: usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Alto: usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.

¿Le preocupan sus hábitos de consumo de sustancias?

A | Tabaco

Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

Fumar tabaco con regularidad está asociado con:

<input type="checkbox"/>	Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel
<input type="checkbox"/>	Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe
<input type="checkbox"/>	Infecciones respiratorias y asma
<input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea, diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer
<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales
<input type="checkbox"/>	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema
<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares
<input type="checkbox"/>	Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago

B Alcohol		
Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo excesivo de alcohol con regularidad está asociado con:		
Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito		
Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro		
Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea		
Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales		
Dificultad para recordar cosas y resolver problemas		
Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas		
Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación		
Apoplejía, daño muscular y en los nervios		
Enfermedad del hígado y el páncreas		
Cáncer de boca, garganta y mama		
Suicidio		

C Cannabis		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo regular de cannabis está asociado con:		
Problemas de atención y motivación		
Ansiedad, paranoia, pánico, depresión		
Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas		
Presión sanguínea alta		
Asma y bronquitis		
Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia		
Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta		

D Cocaína		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo regular de cocaína está asociado con:		
Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso		
Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel		
Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida		
Accidentes y lesiones, problemas económicos		
Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías		
Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas		
Conducta agresiva y violenta		
Psicosis después del consumo repetido de altas dosis		
Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas		

E Estimulantes de tipo anfetamina		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo regular de estimulantes de tipo anfetamina está asociado con:		
Dificultad para dormir, pérdida de apetito y peso, deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones		
Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular		
Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico		
Temblores, latido irregular del corazón, falta de aliento		
Dificultad para concentrarse y recordar cosas		
Paranoia, conducta agresiva y violenta		
Psicosis después del consumo repetido de altas dosis		
Daño cerebral permanente		
Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas		

F Inhalantes		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo regular de inhalantes está asociado con:		
Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz		
Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales, diarrea		
Mareos y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa		
Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa		
Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo		
Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo		
Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)		
Muerte por insuficiencia cardíaca		

G Sedantes y pastillas para dormir		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo regular de sedantes está asociado con:		
Aletargamiento, mareo y confusión		
Dificultad para concentrarse y recordar cosas		
Náusea, dolores de cabeza, paso inestable		
Problemas para dormir		
Ansiedad y depresión		
Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo		
Síntomas de abstinencia severos		
Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras drogas depresivas		

H Alucinógenos		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo regular de alucinógenos está asociado con:		
Cambios visuales, auditivos, táctiles y olfativos, conducta impredecible		
Dificultad para dormir		
Náusea y vómito		
Taquicardia y alta presión sanguínea		
Cambios del estado de ánimo		
Ansiedad, pánico, paranoia		
Visiones retrospectivas		
Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia		

I Opiáceos		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
El consumo regular de opiáceos está asociado con:		
Comezón, náusea y vómito		
Aletargamiento, constipación, caries, períodos menstruales irregulares		
Dificultad para concentrarse y recordar cosas		
Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia		
Dificultades económicas, comisión de delitos		
Estrés en las relaciones personales		
Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar		
Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia		
Sobredosis y muerte por paro cardíaco		

Tarjeta de riesgos asociados con inyectarse

Información para los usuarios.

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daño por consumo de sustancias.

Este daño puede ser ocasionado por:

- La sustancia:
 - si usted se inyecta alguna droga, es más probable que desarrolle dependencia;
 - si usted se inyecta anfetaminas o cocaína, es más probable que experimente psicosis;
 - si se inyecta heroína u otro sedantes, es más probable que sufra una sobredosis;

- La conducta al inyectarse:
 - Si se inyecta, puede dañarse la piel y las venas y padecer infecciones;
 - puede ocasionar cicatrices, moretones, inflamación, abscesos y úlceras;
 - sus venas pueden colapsarse;
 - si se inyecta en el cuello, puede ocasionarse un derrame cerebral;
- Compartir equipo de inyección:
 - Si comparte equipo de inyección (agujas y jeringas, cucharas, filtros, etc.) es más probable que disemine infecciones virales de transmisión sanguínea como la hepatitis B y C y el VIH.

Es menos arriesgado evitar inyectarse

- Si se inyecta:
 - use siempre equipo limpio (por ejemplo, agujas y jeringas, cucharas, filtros, etc.);
 - use siempre una aguja y jeringa nuevas;
 - no comparta el equipo con otras personas;
 - limpie el área de preparación;
 - límpiese las manos;
 - limpie el sitio de inyección;
 - use un sitio de inyección diferente cada vez;
 - inyéctese lentamente;
 - ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deséchelo de manera segura.
- Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos lo ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:
 - evite inyectarse y fumar;
 - evite consumir drogas diariamente.
- Si consume drogas depresoras como heroína, los siguientes consejos lo ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:
 - evite consumir otras drogas, en especial sedantes o alcohol, el mismo día;
 - consuma una cantidad pequeña y siempre que tenga un nuevo lote, «pruébelo» primero;
 - hágase acompañar por alguien siempre que consuma la droga;
 - evite inyectarse en lugares donde nadie puede llegar hasta usted en caso de una sobredosis;
 - tenga a la mano los números telefónicos del servicio de ambulancias.

Fuente: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20777&Itemid

Anexo 8. Cuestionario SCOFF para la detección de trastornos de la conducta alimentaria⁸²

1. ¿Tienes la sensación de estar enferma/o porque sientes el estómago tan lleno que te resulta incómodo?

Sí NO

2. ¿Estás preocupada/o porque sientes que tienes que controlar cuánto comes?

Sí NO

3. ¿En los últimos tres meses has perdido más de 6 kg (13 libras)?

Sí NO

4. ¿Crees que estás gorda/o aunque otros digan que está demasiada/o delgada/o?

Sí NO

5. ¿Dirías que la comida domina tu vida?

Sí NO

Dos o más respuestas positivas sugieren la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, con una sensibilidad de 98% y especificidad de 94%. En estos casos profundice la evaluación de trastornos de conducta alimentaria.

Fuente: Cataluña. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la conducta alimentaria. 2009.

Anexo 9. Diez preguntas para reconocer la pérdida de audición en adolescentes⁸³

Las siguientes preguntas le ayudarán a determinar si se necesita que un médico especialista le examine el oído...

¿Tiene problemas al escuchar por teléfono?

Sí No

¿Tiene problemas para entender una conversación cuando dos o más personas hablan al mismo tiempo?

Sí No

¿Se quejan las personas de que usted sube demasiado el volumen cuando ve la televisión?

Sí No

¿Debe esforzarse para entender una conversación?

Sí No

¿Tiene problemas para escuchar en un ambiente ruidoso?

Sí No

¿Le pide a otras personas que repitan lo que acaban de decir?

Sí No

¿Le parece que muchas de las personas con las que habla murmuran (o no hablan con claridad)?

Sí No

¿Entiende mal lo que dicen otras personas y responde indebidamente?

Sí No

¿Tiene problemas para entender el habla de las mujeres y de los niños?

Sí No

¿Se enojan las personas porque usted no comprende bien lo que ellas dicen?

Sí No

Si la respuesta es «sí» a tres o más preguntas, es recomendable referir a un otorrinolaringólogo o a un audiólogo para un examen de oído.

Fuente: National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Ten Ways to Recognize Hearing Loss. Bethesda, MD: National Institute of Health; 2006.

Anexo 10. Modelo para el abordaje de problemas de salud sexual (P.I.L.S.E.T.I.)⁸⁴

Permiso: pida permiso para discutir sobre salud sexual y sexualidad con el adolescente, en la actualidad o en el futuro.

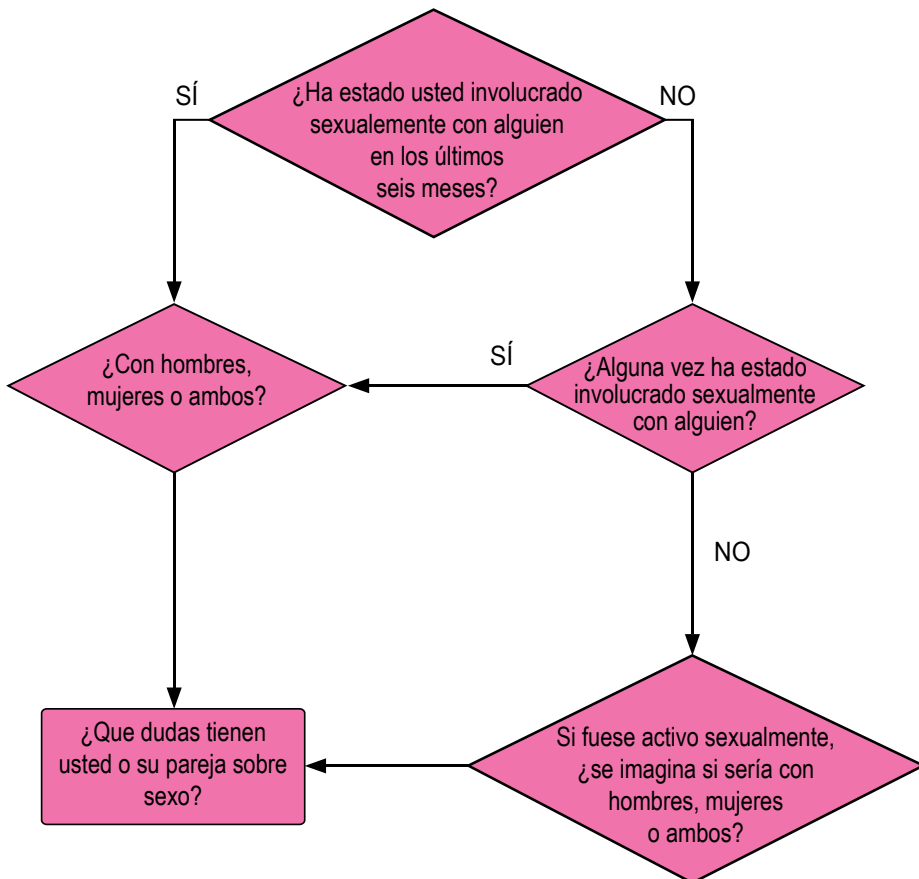
Información Limitada: provea información objetiva de forma limitada. Aclare información errónea, rompa mitos.

Sugerencias Específicas: provea sugerencias específicas directamente relacionadas con el problema.

Tratamiento Intensivo: provea terapia altamente individualizada en temas más complejos.

Fuente: Annon JS. The behavioral treatment of sexual problems. Honolulu: Enabling Systems, 1974-1975.

Algoritmo para el abordaje de la salud sexual



Fuente: Annon JS. The behavioral treatment of sexual problems. Honolulu: Enabling Systems, 1974-1975.

Preguntas para una historia sexual detallada

¿Está usted al momento sexualmente activo? ¿Lo ha estado alguna vez?

¿Su o sus parejas son hombres, mujeres o ambos?

¿Cuántos compañeros/as sexuales ha tenido en el último mes, seis meses, en toda su vida?

¿Qué tan satisfecho/a está usted y/o su pareja con su desempeño sexual (y/o el de su pareja)?

¿Ha experimentado algún cambio en su deseo sexual (o el de su pareja) o la frecuencia de la actividad sexual?

¿Tiene o ha tenido, factores de riesgo asociados a VIH? (Enumere: transfusiones sanguíneas, uso de drogas intravenosas, infecciones de transmisión sexual, embarazos)

¿Ha tenido alguna vez enfermedades relacionadas con actividad sexual?

¿Alguna vez se ha realizado la prueba del VIH? ¿Le gustaría hacerse la prueba?

¿Cómo se protege para evitar la infección por VIH?

¿Qué método anticonceptivo usa?

¿Está tratando de quedarse embarazada o de ser padre?

¿Practica sexo oral o anal?

¿Ud. o su pareja utilizan dispositivos y/o sustancias para aumentar el placer sexual?

¿Alguna vez ha experimentado dolor durante la relación sexual?

Mujer: ¿tiene dificultad para alcanzar el orgasmo?

Hombre: ¿tiene dificultad para alcanzar y/o mantener una erección? ¿Dificultades con la eyaculación?

¿Tiene alguna duda o preocupación sobre su desempeño sexual?

¿Hay algo sobre su actividad sexual o la de su pareja tanto en conjunto como individualmente, que le gustaría cambiar?

Se pueden incluir preguntas sobre sexualidad integral con el objeto de explorar bienestar en temas de identidad sexual, de género y relaciones o riesgos de violencia basada en género.

Si se considera necesario profundizar sobre las preguntas, a continuación se sugiere la referencia a un servicio especializado como el de Salud Mental o Psicología.

¿Se siente segura/o y tranquila/o con su identidad sexual, necesitaría hablar de ello?

¿Tiene algún sentimiento de culpa o vergüenza antes, durante o después de relacionarse con su pareja?

¿Tiene algún sentimiento de ira o resentimiento antes, durante o después de relacionarse con su pareja?

¿En su vida sexual y de relación, Ud. toma las decisiones y hace lo que Ud. piensa?

¿La toma de decisiones es equitativa o en conjunto con las opiniones de su pareja, o priman las opiniones y decisiones de otros?

¿Hay algún tema de su sexualidad que le provoque vergüenza o duda?

¿Tiene inquietudes sobre salud reproductiva?

¿Alguna vez ha sido obligada/o a mantener relaciones sexuales bajo cohesión o violencia?

¿Ha sido violentada/o sexualmente?

Preguntas de prevención en salud sexual

¿Cómo se protege para evitar la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual?

¿Se ha realizado la prueba de VIH?, ¿le gustaría hacerla?

¿Utiliza algún método para prevenir un embarazo? ¿Está satisfecho/a con ese método?

¿Alguna vez se ha vacunado contra hepatitis, virus del papiloma? ¿Le gustaría vacunarse?

Fuente: Nusbaum MRH, Hamilton CD. The proactive sexual health history. American family physician 2002, 66: 1705–12.

Anexo 11. Cuestionario PHQ-2 para el tamizaje de depresión en adolescentes⁵⁰

El cuestionario PHQ-2 consta de dos preguntas del cuestionario PHQ-9. Explora la presencia de ánimo deprimido y anhedonia en las últimas dos semanas.

El propósito del cuestionario no es establecer un diagnóstico definitivo ni monitorizar la gravedad de una depresión, sino que es una herramienta inicial para el tamizaje de depresión.

Los puntajes del PHQ-2 se encuentran en el rango de 0 a 6. Los pacientes que alcancen un puntaje igual o superior a 3 puntos requieren evaluación adicional con otras herramientas como el cuestionario PHQ-9 para determinar si reúnen criterios de un trastorno depresivo.

En las últimas dos semanas con qué frecuencia te han preocupado los siguientes problemas	Nunca 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
Poco placer o interés en hacer las cosas.				
Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				

Fuente: Richardson LP, Rockhill C, Russo JE, Grossman DC, Richards J, McCarty C, McCauley E, Katon W. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*. 2010; 125: e1097–103.

Cuestionario PHQ-9 para el tamizaje de depresión⁸⁵

Durante las dos últimas semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio- o que sea un fracaso que decepcionara a si mismo/a a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
(Puntaje total= ___ + ___ + ___ + ___ /27)				

Una puntuación de 10 o superior en el PHQ-9 detecta depresión mayor que requiere referencia al profesional correspondiente.

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Fuente: Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of family medicine*. 2010; 8 (4): 348-53.

Anexo 12. Esquema para explorar proyectos de vida en adolescentes⁸⁶

MI PROYECTO DE VIDA				
ÁMBITO	OBJETIVO ¿Qué deseo?	TIEMPO ¿En cuánto tiempo lo lograré?	ESTRATEGIAS ¿Como le voy hacer?	APOYOS EXTERNOS ¿En quién me puedo apoyar para lograrlo?
PERSONAL				
ESCOLAR				
FAMILIAR				
LABORAL				

Fuente: García Huidobro C, Gutiérrez M. A estudiar se aprende. Metodología del estudio sesión por sesión. Ed. Alfaomega. Cuarta edición. Mi proyecto de vida. 2000: 1-14.

Anexo 13. Cuestionario de Evaluación Rápida para Adolescentes

Este cuestionario se ha modificado sobre la base del cuestionario de evaluación rápida de servicios preventivos para adolescentes (RAAPS)⁸⁷

Preguntas	No amerita profundizar la evaluación	Requiere profundizar la evaluación
1. En los últimos 12 meses, ¿has tratado de perder peso obsesivamente haciendo ejercicio, tomando pastillas para adelgazar o laxantes, vomitando después de comer o pasando hambre?	No	Sí
2. ¿Te mantienes activo después de clases o los fines de semana (caminar, correr, bailar, nadar, andar en bicicleta, jugar deportes) durante al menos una hora, por lo menos tres o más días a la semana?	Sí	No
3. ¿Siempre llevas un cinturón de seguridad cuando conduces o viajas en un automóvil, camión o camioneta?	Sí	No
4. ¿Siempre usas casco cuando estás en bicicleta, patines, monopatín, motocicleta u otros?	Sí	No
5. Durante el último mes, ¿has sido amenazado, molestado o herido por alguien (en internet, por texto o en persona) o alguien te ha hecho sentir triste, inseguro o con miedo ?	No	Sí
6. ¿Has sido maltratado físicamente (golpes, bofetadas, patadas), emocionalmente (amenazas o te hacen sentir miedo) o forzado a tener relaciones sexuales o estar involucrado en actividades sexuales de forma involuntaria?	No	Sí
7. ¿Alguna vez has llevado un arma (pistola, cuchillo, garrote u otros) para protegerte?	No	Sí
8. En los últimos tres meses, ¿has fumado cigarrillos o cualquier otra forma de tabaco (cigarros, pipa de agua, otros) o masticado/ usado tabaco sin humo?	No	Sí
9. En los últimos 12 meses, ¿has conducido un automóvil en estado de ebriedad, bajo la influencia de drogas, enviando mensajes de texto o hablando por celular, o has estado en un auto con un conductor en las mismas condiciones?	No	Sí
10. En los últimos tres meses, ¿has bebido más de unos sorbos de alcohol (cerveza, vino, licor, otros)?	No	Sí
11. En los últimos tres meses, ¿has fumado marihuana, utilizado otras drogas ilegales, esteroides, o inhalantes (productos para el hogar, solventes o cemento de contacto)?	No	Sí
12. En los últimos tres meses, ¿has utilizado medicamentos recetados a otra persona, o de venta libre para dormir, estar despierto, concentrarse, calmarse o drogarse?	No	Sí

Preguntas	No amerita profundizar la evaluación	Requiere profundizar la evaluación
13. ¿Alguna vez has tenido algún tipo de relación sexual (vaginal, anal u oral)?	No	Sí
14. ¿Necesitas hablar sobre algún tema relacionado con tu identidad sexual o de género, o tu conducta sexual?	No	Sí
15. Si has tenido relaciones sexuales, ¿utilizas siempre un método para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo (condones u otros)?	Sí	No
16. ¿Tienes alguna preocupación por la posibilidad de embarazarte o embarazar a alguien?	No	Sí
17. Durante el mes pasado, ¿a menudo te has sentido triste, deprimido, como si no tienes esperanza?	No	Sí
18. ¿Tienes problemas serios o preocupaciones en casa o en la escuela?	No	Sí
19. En los últimos 12 meses, ¿has pensado seriamente en quitarse la vida, tratar de suicidarte o te has cortado, quemado o hecho daño deliberadamente?	No	Sí
20. ¿Tienes al menos un adulto con quien puedes hablar sobre cualquier problema o preocupación?	Sí	No
21. Cuando estás enojado, ¿haces cosas que te ocasionan problemas?	No	Sí

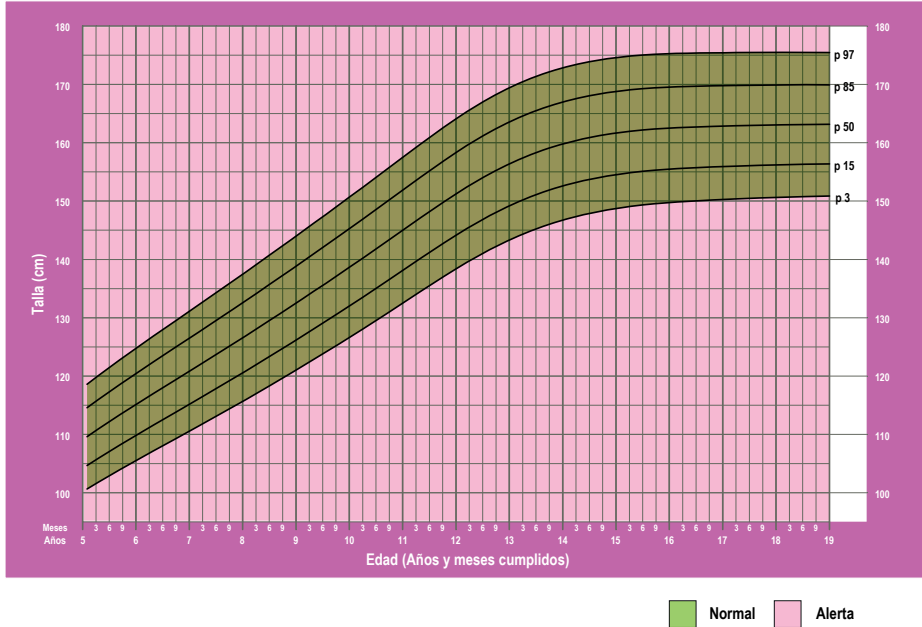
En caso de que se detecten situaciones que requieren una evaluación a mayor profundidad, el profesional debe brindar asesoría adecuada en el tema específico.

Fuente: Yi CH, Martyn K, Salerno J, Darling-Fisher CS. Development and clinical use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) questionnaire in school-based health centers. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2006; 23: 2–9.

Anexo 14. Curvas de la Organización Mundial de la Salud para la evaluación del crecimiento^{88, 89}

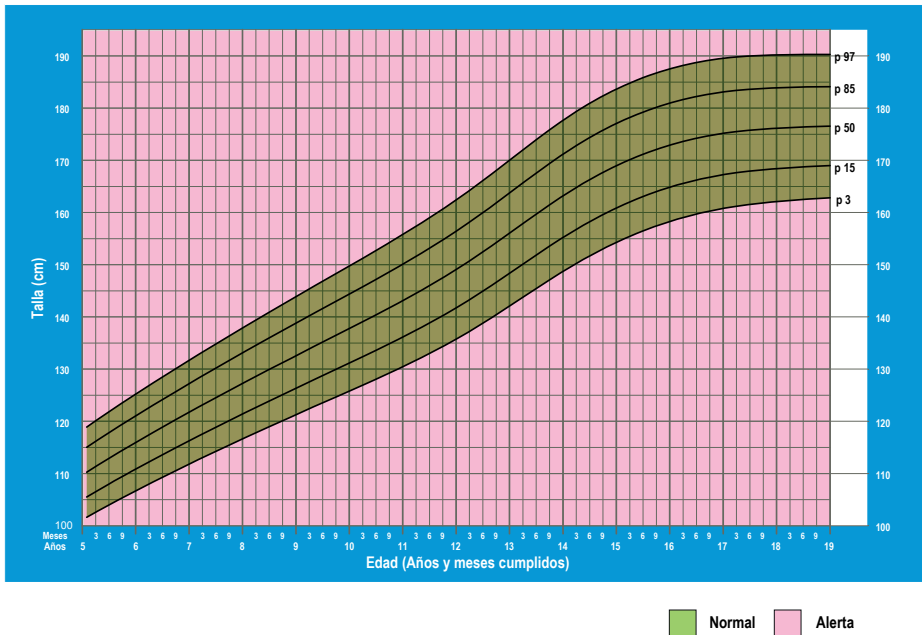
Talla para la edad - NIÑAS y ADOLESCENTES

Patrones de crecimiento de la OMS 2007 - 5 a 19 años (percentiles)



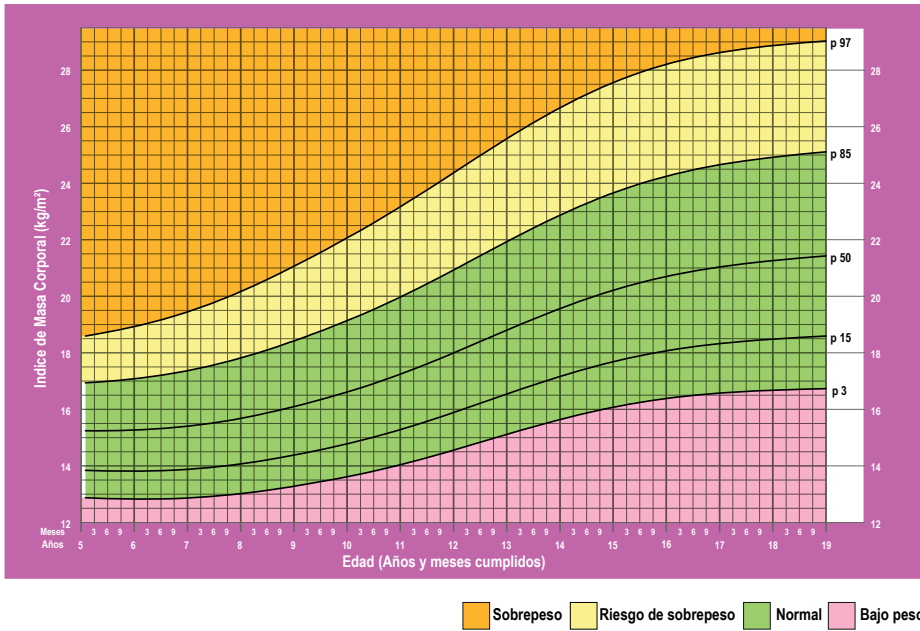
Talla para la edad - NIÑOS y ADOLESCENTES

Patrones de crecimiento de la OMS 2007 - 5 a 19 años (percentiles)

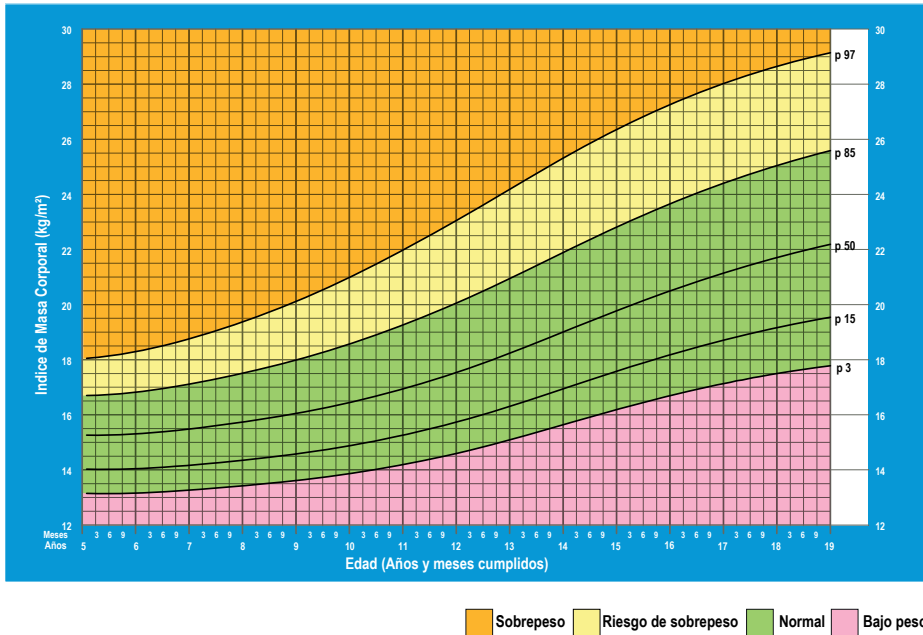


Fuente: <http://www.who.int/growthref/en/>

Índice de Masa Corporal - NIÑAS y ADOLESCENTES
 Patrones de crecimiento de la OMS 2007 - 5 a 19 años (percentiles)

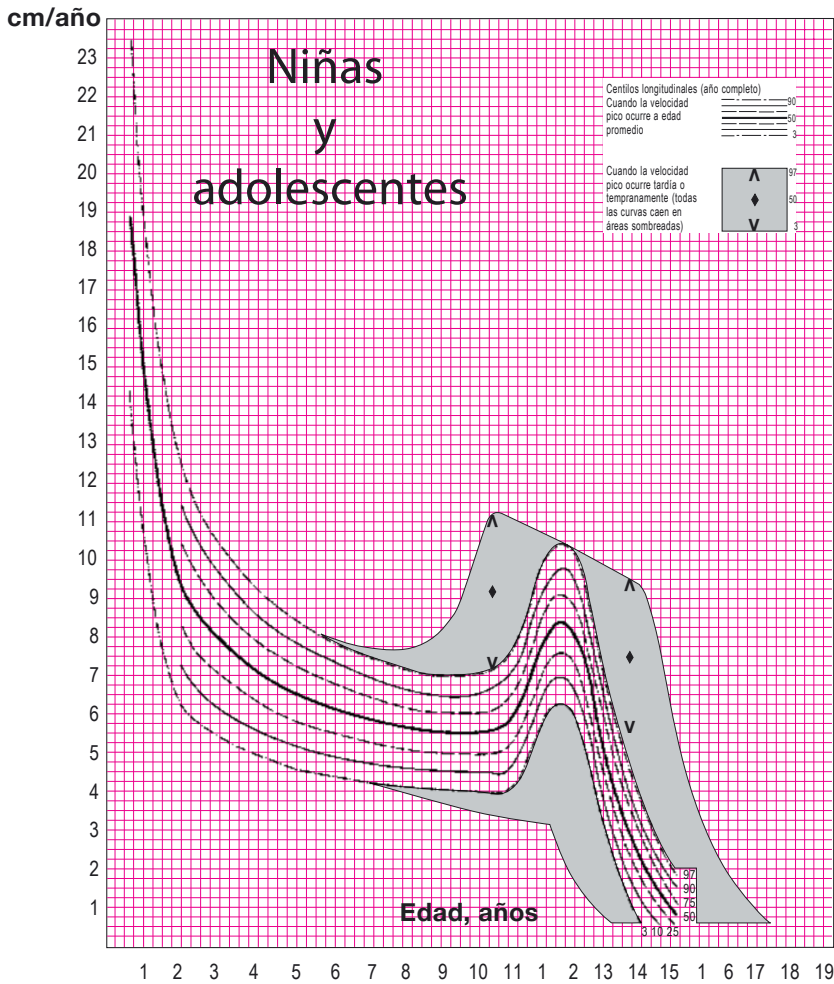


Índice de Masa Corporal - NIÑOS y ADOLESCENTES
 Patrones de crecimiento de la OMS 2007 - 5 a 19 años (percentiles)



Fuente: <http://www.who.int/growthref/en/>

Velocidad de Crecimiento (Talla), nacimiento - 19 años.

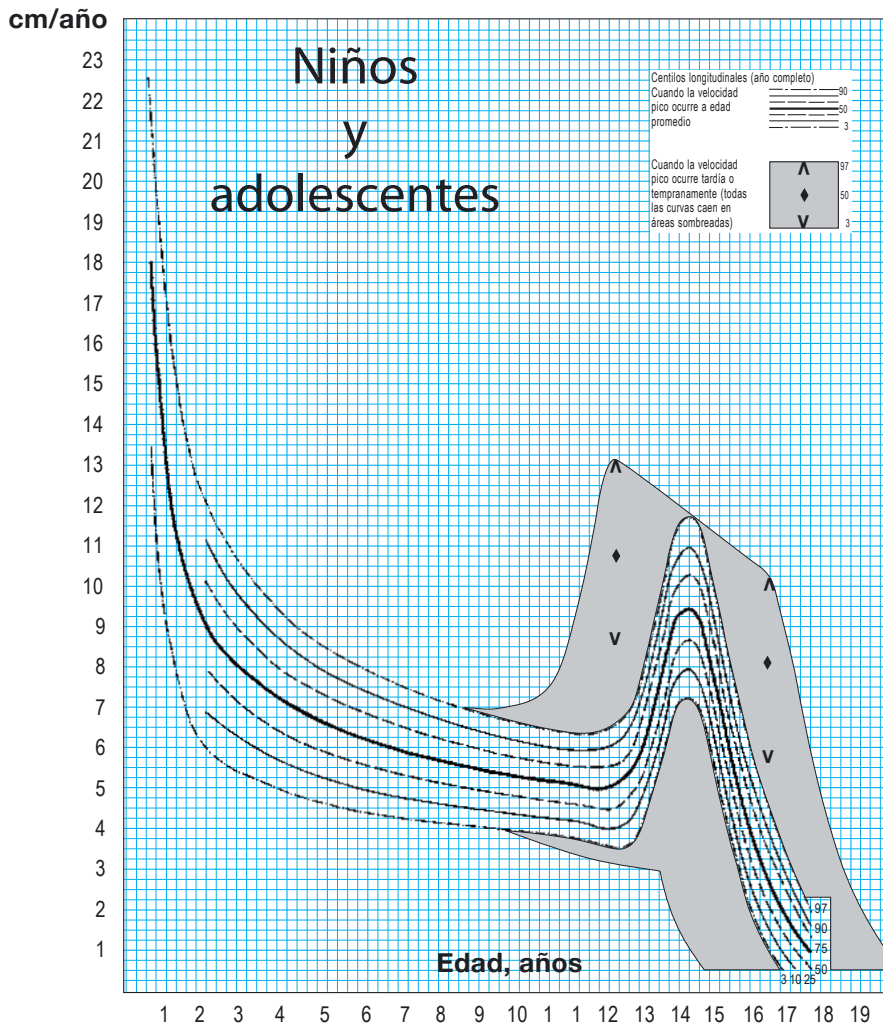


Instructivo

Se toma la talla en dos momentos diferentes, el intervalo entre las dos mediciones no debe ser menor a 3 ni mayor a 18 meses; se obtiene la diferencia en centímetros, que se divide para el número de meses transcurrido entre ellas, y el valor obtenido luego se multiplica por 12. El resultado obtenido se gráfica en la mitad entre las dos mediciones.

Fuente: Normas y Procedimientos para la Atención integral de adolescentes. MSP. 2009

Velocidad de Crecimiento (Talla), nacimiento - 19 años.



Instructivo





Se toma la talla en dos momentos diferentes, el intervalo entre las dos mediciones no debe ser menor a 3 ni mayor a 18 meses; se obtiene la diferencia en centímetros, que se divide para el número de meses transcurrido entre ellas, y el valor obtenido luego se multiplica por 12. El resultado obtenido se gráfica en la mitad entre las dos mediciones.




Fuente: Normas y Procedimientos para la Atención integral de adolescentes. MSP. 2009




Anexo 15. Examen ortopédico en dos minutos⁶⁴

El examen ortopédico es obligatorio en cualquier examen físico del/a adolescente y debe ser iniciado en la siguiente postura:

- Posición de pie y torso desnudo (de preferencia)
- Pies juntos
- Hombros y pelvis nivelados
- Cabeza centrada (se puede comprobar con una plomada desde C7 a surco interglúteo)
- Inclinación ligera hacia adelante con los brazos colgados

Indicación	Observación	Hallazgos	Imagen
1. Que, de pie frente al examinador, mire al techo, al piso y sobre los hombros.	La postura general, la articulación clavicular y la movilidad cervical.	Hallazgos normales: simetría de los miembros superiores, inferiores y tronco. Anormalidades más comunes: agrandamiento de la articulación acromio-clavicular y esterno-clavicular, asimetría de la cadera (por diferencia de altura en miembros inferiores o escoliosis) rodillas o tobillos inflamados.	
2. Que se encoja de hombros.	La condición del deltoides.	El paciente mira al cielo y al piso, toca el oído derecho (e izquierdo) con el hombro y mira sobre el hombro derecho (e izquierdo). Hallazgos normales: debe ser capaz de tocar el pecho con el mentón, oídos con hombros y mirar igual sobre los hombros. Anormalidades más comunes: limitación de la movilidad por lesión cervical previa.	
3. Que haga una rotación externa completa de los brazos.	La movilidad del hombro.	En la misma posición que en 1, el examinador pone sus manos sobre los hombros y trata de sujetarlos mientras el paciente trata de elevarlos. Anormalidades más comunes: atrofia o debilidad muscular del hombro, o alteración de nervios cervicales o del músculo trapecio.	
4. Que flexione y extienda el codo.	La movilidad del codo.	El paciente abduce sus miembros superiores a 90° y trata de elevarlos mientras el examinador lo sujeta. Hallazgos normales: igual fuerza en los dos miembros y simetría del tamaño de los músculos deltoides. Anormalidad común: pérdida de fuerza del músculo deltoides y/o supraespinoso.	

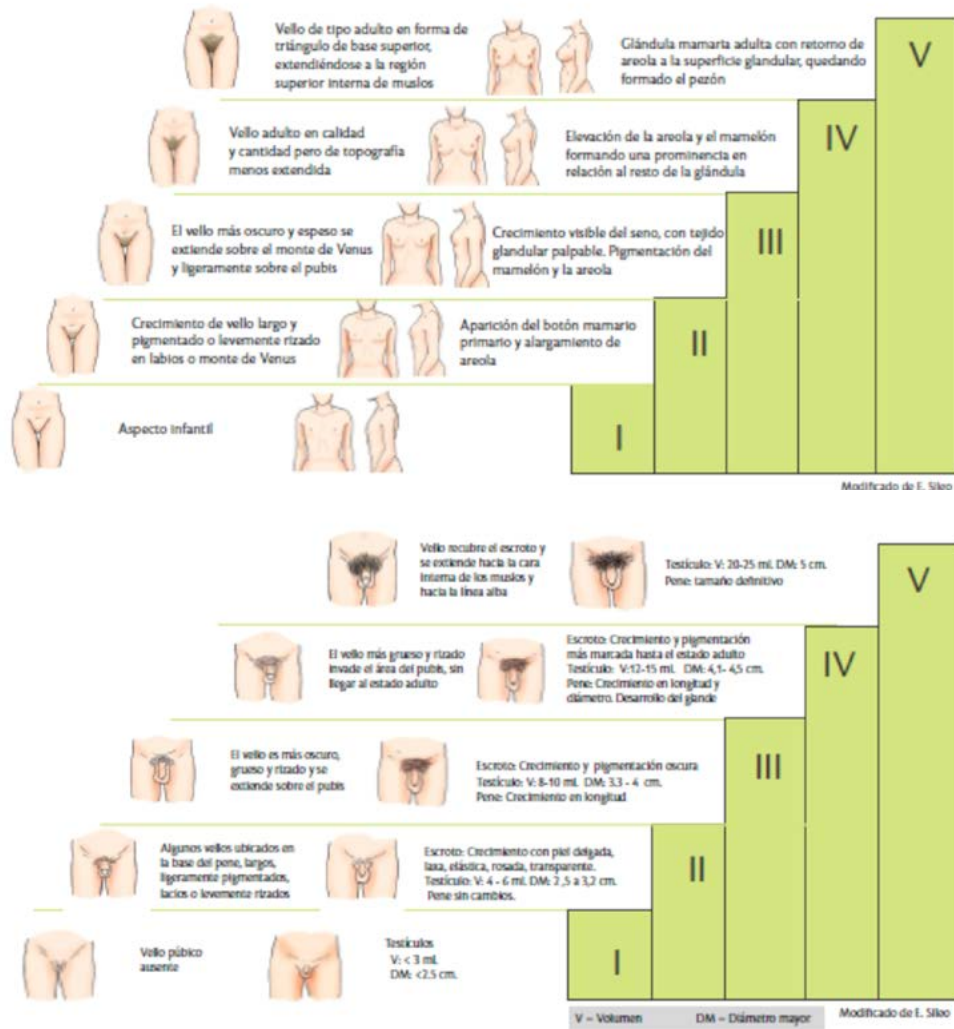
Indicación	Observación	Hallazgos	Imagen
<p>5. Que con los brazos a los costados y el codo en flexión a 90°, mueva las muñecas</p>	<p>La movilidad del codo y las muñecas.</p>	<p>El paciente abduce sus miembros superiores a los lados con los codos flexionados 90° y las manos hacia abajo, luego eleva las manos y las lleva hacia atrás lo máximo posible.</p> <p>Hallazgos normales: que las manos lleguen igualmente atrás, al menos en posición vertical.</p> <p>Anormalidad común: limitación en rotación externa debido a un problema en el hombro o a una antigua luxación.</p>	
<p>6. Que extienda y flexione los dedos.</p>	<p>Las deformidades y/o asimetrías de manos.</p>	<p>Abduce a 90° sus miembros superiores con las palmas arriba y luego flexiona el codo.</p> <p>Hallazgo normal: movilidad simétrica.</p> <p>Anormalidad común: la limitación de la flexión o la extensión pueden indicar una antigua lesión del codo (ej. luxación o fractura).</p> <p>El paciente hace un puño y luego abre la mano separando los dedos.</p> <p>Hallazgo normal: el puño debe ser apretado y los dedos derechos con la mano abierta.</p> <p>Anormalidad común: la protrusión de un nudillo con el puño cerrado, o un dedo hinchado o torcido con la mano abierta sugieren el antecedente de una fractura o luxación del dedo.</p>	
<p>7. Que contraiga y relaje el cuádriceps repetidamente.</p>	<p>La simetría y la función de las rodillas.</p>		
<p>8. Que camine en cuncillas cuatro pasos.</p>	<p>La movilidad de las caderas, las rodillas y tobillos.</p>	<p>El paciente se pone de cuclillas, realiza cuatro pasos en marcha de pato y se pone de pie.</p> <p>Hallazgo normal: la maniobra es indolora, la distancia entre el talón y el glúteo es simétrica y la flexión de la rodilla es igual durante la marcha.</p> <p>Anormalidad común: dificultad para flexionar completamente la rodilla y dificultad para ponerse de pie sin girar o inclinarse hacia un lado.</p>	

Indicación	Observación	Hallazgos	Imagen
9. Que se coloque de espalda al examinador.	La simetría de los hombros, las escápulas, la columna (escoliosis) y la simetría pelviana.	<p>Paciente de pie con los miembros superiores a los lados y de espaldas al examinador.</p> <p>Hallazgo normal: simetría de los hombros, cadera, muslos y pantorrillas.</p> <p>Anormalidad común: un hombro más alto (escoliosis), un hombro más bajo (atrofia muscular), prominencia de la parrilla costal (escoliosis), asimetría de la cadera o el talle (diferencia en el largo del miembro inferior o escoliosis) y asimetría en muslo o pantorrilla por atrofia muscular (lesión antigua).</p>	
10. Que con las rodillas extendidas, flexione el tronco y se toque los pies (maniobra de Adams).		La presencia de escoliosis (examen funcional) la movilidad de la cadera y la flexibilidad de la columna.	
11. Que sentado con las piernas extendidas, se toque los dedos de los pies (prueba de Kendall).		El acortamiento de los isquiotibiales: no toca dedos (grado 1); llega a la mitad de la pierna (2); llega a rodilla (3).	
12. Que se ponga en puntas de pies.	Las condiciones de los gemelos.	<p>Paciente de pie sobre sus talones se pone en punta de pies.</p> <p>Hallazgo normal: igual elevación de ambos lados y simetría en la masa muscular de las pantorrillas.</p> <p>Anormalidad común: debilidad de los músculos de la pantorrilla por una lesión del tendón de Aquiles o una lesión de tobillo.</p>	
13. Que se apoye sobre los talones.	La simetría de la pantorrilla.		

Fuente: Frusso R, Terrasa S. Guía Práctica Clínica: Guía para la evaluación del paciente que va a practicar deporte. Evid actual práct ambul. 2006; 9: 148-152.

Anexo 16. Estadios de maduración sexual en adolescentes (Tanner) mujeres y hombres^{88, 89}

Evaluación de la maduración sexual: estadios de TANNER



Fuente: Normas y Procedimientos para la Atención integral de adolescentes. MSP. 2009

Anexo 17. Evaluación de acné^{90, 91}

El diagnóstico de acné es clínico. Se clasifica en cuatro grados:

Grado I: solo comedones.

Grado II: algunas pápulas y pústulas.

Grado III: muchas pápulas y pústulas.

Grado IV: lesiones residuales, nódulos o quistes.



Grado 1



Grado 2 y 3



Grado 4

Anexo 18. Glosario

Adolescencia

Según la Organización Panamericana de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales.⁹²

En el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador, se considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años. Para efectos legales de protección integral y especial, se tomarán en cuenta estos dos conceptos.⁹³

Enfoque de género^{94, 95}

Generar acciones de promoción y atención integral y de participación de personas desatendidas o vulneradas por razón de género, para de esta forma tener usuarias y usuarios libres en la toma de decisiones sin coerción, sometimiento e intolerancia. De igual forma, agilizar mecanismos culturales e institucionales, basados en políticas y derechos sexuales de personas y colectivos que se reconocen con diversas identidades sexuales.

Enfoque de derechos^{94, 95, 96}

Generar acciones que coloquen en el centro a la persona sujeto de derechos. Subrayar la reconciliación del mundo juvenil/adolescente con el adulto. Reconocer los derechos de las personas y los grupos de atención prioritaria.

Enfoque intercultural⁹⁴

Entender la vivencia de la salud como un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales, como la medicina ancestral, y en particular la salud sexual y la salud reproductiva.

Enfoque de sexualidad integral⁹⁷

Comprender la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano en los diferentes ciclos de vida. Sexualidad desde la posibilidad de decidir vivir placer; asumir el disfrute como un derecho, sin violencia, sin discriminación.

Al incluir los enfoques, se ubica a las y los adolescentes como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas, y garantiza la atención de calidad amparada en los marcos legales de alcance nacional e internacional y de carácter obligatorio.

Identidad de género^{94, 95}

Es la identificación y expresión de la masculinidad o feminidad de una persona, independientemente de su sexo biológico de nacimiento.

Heterosexual^{94, 95}

Que se siente emocional o físicamente atraído por miembros del sexo opuesto (afinidad psicoafectiva-sexual). Relación entre personas de diferentes sexos.

Homosexual⁹⁵

Hace referencia a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un mismo género y a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. De la información recibida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) se observa una tendencia en el movimiento LGBTI a reivindicar el uso y referencia a los términos *lesbiana* (para hacer referencia a la homosexualidad femenina) y *gay* (para hacer referencia a la homosexualidad masculina o femenina).

Desde el 17 de mayo de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) excluyó la homosexualidad de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud. El término homosexualidad tiende a asociarse con la patología homosexualismo que por mucho tiempo existió en las clasificaciones de enfermedades psiquiátricas. En este sentido, desde el movimiento social, se rechaza este término, prefiriéndose el término «gay».

Bisexualidad⁹⁵

Hombres o mujeres que sienten atracción física, emocional y sexual por personas de ambos sexos. Hombre bisexual o mujer bisexual.

Intersexuales o intersex^{94, 95}

Personas que nacen con características biológicas de ambos sexos. En algunos casos los intersexuales presentan combinaciones en sus cromosomas y genitales. No se ubican dentro del binarismo sexual hombre/mujer, también conocidas como hermafroditas.

Lesbiana^{94, 95}

Mujer que siente atracción física, emocional y sexual por otras mujeres. Es un término político que proviene históricamente de la Isla de Lesbos en la Grecia antigua, donde la poetisa Safo congregaba a las mujeres para exponer sus poemas de amor.

Gay^{94, 95}

Término para identificar a hombres que asumen de manera abierta su atracción física, emocional y sexual por otros hombres.

LGBTI^{94, 95}

Abreviatura de Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Trans (*travestis*, *transgéneros* y *transexuales*) e Intersexuales.

Trans (persona trans)^{94, 95}

Describe las diferentes variantes de la identidad de género, cuyo común denominador es la no conformidad entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignada a este. Una persona trans puede construir su identidad de género independientemente de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos.

La transición o adopción de una identidad masculina en aquellas personas cuyo sexo biológico es femenino, se denomina transmasculino sin que la intervención quirúrgica o el cambio de sexo sea obligatorio.

La transición o adopción de una identidad femenina en aquellas personas cuyo sexo biológico es masculino, se denomina transfemenino sin que la intervención quirúrgica o el cambio de sexo sea obligatorio.

Transgénero (persona transgénero)^{94, 95}

Persona que vive con un sexo/género que no es el que le fue asignado al nacer, pero que no ha pasado por cirugía de reasignación de género.

Transexual^{94, 95}

Las personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico y que optan por una intervención médica –hormonal, quirúrgica o ambas– para adecuar su apariencia física-biológica a su realidad psíquica, espiritual y social.

Travesti^{94, 95}

Son aquellas personas que expresan su identidad de género ya sea de manera permanente o transitoria, mediante la utilización de prendas de vestir y actitudes del género opuesto al que social y culturalmente se asigna a su sexo biológico. Ello puede incluir la modificación o no de su cuerpo.

Sexualidad¹⁴

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se define como un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Salud reproductiva¹⁴

Es el estado general de bienestar físico, mental y social –y no solo la ausencia de enfermedad o malestar– en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo.

Salud sexual¹⁴

La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres

y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (PAHO/WAS 2000).

Primer nivel de atención⁹⁸

Es el nivel de atención más cercano a la población; facilita y coordina el flujo de las usuarias o usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve el 85% de problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Garantiza una referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención.

Referencia⁹⁸

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor o al mismo nivel de atención o de complejidad; cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.

Derivación⁹⁸

Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por lo que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios con la autorización correspondiente.

Derivación comunitaria⁹⁸

Son responsables los agentes de la medicina ancestral, comunitarios y los técnicos de atención integral en salud (TAPS) de identificar las señales de peligro y/o factores de riesgo y enviar a la usuaria o el usuario de la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano. En este caso, NO se utilizará el formulario 053.

Contrarreferencia⁹⁸

Es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario o usuaria que inicialmente fue referido/ derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

Referencia inversa⁹⁸

Este proceso se realiza cuando un usuario o usuaria se autorrefiere al servicio de emergencia de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, mismo que debe ser

atendido en su problema de salud sea urgente o emergente; de ninguna manera se negará la asistencia sanitaria por no tener una referencia.

Resiliencia¹⁴

Capacidad de las personas o grupos de sobreponerse ante la adversidad.

Anexo 19. Abreviaturas utilizadas

APS	Atención primaria en salud
HCI	Historia clínica
ITS	Infección de transmisión sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SS y SR	Salud sexual y salud reproductiva
VIH	Virus de inmunodeficiencia adquirida
TAPS	Técnico de atención primaria en salud

Referencias

1. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. [Health and development of adolescents and young adults in Latin America and the Caribbean: challenges for the next decade]. *Salud Publica Mex.* 2003; 45 Suppl 1: S132-9.
2. INEC. Censo de población y vivienda Ecuador 2010; 2010.
3. INEC, MSP. Datos esenciales de salud; 2012: 1–60.
4. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. ENIPLA Documento oficial; 2012.
5. MSP. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Ecuador: MSP; 2013.
6. Burt MR. Reasons to invest in adolescents. *J Adolesc Health.* 2002 Dec; 31 (6 Suppl): 136-52.)
7. Asamblea Constitucional. Constitución de la República del Ecuador; 2008.
8. Senplades. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Quito: Senplades; 2009.
9. Dirección General de la Salud de Uruguay. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Tomo I. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2009.
10. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. *Popul Rep J.* 1998 Dec; (48): 1-31.
11. Mercenier P, et al. Bases de organización de los servicios de salud; Instituto de Salud Pública de Amberes 1997.
12. OMS. Quality of care. (Making, A Process F O R Choices, Strategic Systems, I N Health); 2006.
13. Quintana A, Hidalgo C. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES y Washington D.C.: Advocates For Youth; 2003.
14. OPS. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/IMAN.pdf>
15. OMS. Making health services adolescent friendly. Geneva: OMS; 2012.
16. Dick B, Ferguson J, Ross DA. Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries. Introduction and rationale. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2006; 938: 1-13.
17. MSP Ecuador. Normas y procedimientos para la atención integral de adolescentes. Quito: MSP; 2009;
18. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet.* 2007 May 5; 369 (9572): 1565-73.
19. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S; Fundación de Ciencias de la Salud. [Confidentiality in clinical practice: clinical history and information management]. *Med Clin (Barc).* 2002 Jan 19; 118 (1): 18-37.
20. Reamer FG. The Limits of Confidentiality [Internet]. *Nursing Ethics.* 2002; 5 (2): 158-65.

21. Britto MT, Tivorsak TL, Slap GB. Adolescents' needs for health care privacy. *Pediatrics*. 2010 Dec; 126 (6): e1469-76.
22. Reglamento de ATC. MSP. Ecuador. 2013.
23. Speizer IS, Magnani RJ, Colvin CE. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *J Adolesc Health*. 2003 Nov; 33 (5): 324-48.
24. Goddard P; Berner E. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. 2010. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf
25. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, Deveugele M. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. 2009 Jan; 59 (558): 29-36.
26. Green RF. Summary of workgroup meeting on use of family history information in pediatric primary care and public health. *Pediatrics*. 2007 Sep; 120 Suppl 2:S87-100.
27. Smucker WD, Wildman BG, Lynch TR, Revolsky MC. Relationship between the family APGAR and behavioral problems in children. *Arch Fam Med*. 1995 Jun; 4 (6): 535-9.
28. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, *et al*. Does the family APGAR effectively measure family functioning? *J Fam Pract*. 2001 Jan; 50 (1): 19-25.
29. Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wis Med J*. 1995; 94 (3): 135-40.
30. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998 Sep 14; 158 (16): 1789-95.
31. Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, Dobie DJ, Davis TM, Sporleder JL, Maynard C, Burman ML, Kivlahan DR. Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female Veterans Affairs patient population. *Arch Intern Med*. 2003 Apr 14; 163 (7): 821-9.
32. "La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria" Organización Mundial de la Salud, 2011 ISBN 978-927533236-8. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
33. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013 Oct 15; 159 (8): 552-7.
34. DiFranza J, Wellman R, Mermelstein R, Pbert L, Klein J, Sargent J, *et al*. The natural history and diagnosis of nicotine addiction. *Current Pediatric Reviews*, 2011; 7: 88-96.
35. Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, Perdue LA, Soh C, Hollis J. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013 Feb 19; 158 (4): 253-60.

36. Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28; 2: CD007651.
37. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005 Aug; 59 (2): 51-5.
38. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
39. Leverence RR, Martinez M, Whisler S, Romero-Leggott V, Harji F, Milner M, et al. Does office-based counseling of adolescents and young adults improve self-reported safety habits? A randomized controlled effectiveness trial. *J Adolesc Health*. 2005 Jun; 36 (6): 523-8.
40. Williams SB, Whitlock EP, Edgerton EA, Smith PR, Beil TL; U.S. Preventive Services Task Force. Counseling about proper use of motor vehicle occupant restraints and avoidance of alcohol use while driving: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2007 Aug 7; 147 (3): 194-206.
41. Costigan SA, Barnett L, Plotnikoff RC, Lubans DR. The health indicators associated with screen-based sedentary behavior among adolescent girls: a systematic review. *J Adolesc Health*. 2013 Apr; 52 (4): 382-92.
42. Santaliestra-Pasías AM, Mouratidou T, Verbestel V, Huybrechts I, Gottrand F, Le Donne C, et al. Food consumption and screen-based sedentary behaviors in European adolescents: the HELENA study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012 Nov; 166 (11): 1010-20.
43. Oliva A, Hidalgo V, Programa de apoyo a madres y padres de adolescentes. Junta de Andalucía 2007. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/programa_apoyo_padres_adolescentes/programa_de_apoyo_a_madres_y_padres_de_adolescentes.pdf
44. Moreno E. Uso del tiempo libre en adolescentes urbanos y semirurales de Entre Ríos. Universidad Católica Argentina. 2010
Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo9/files/Tiempo_libre_en_adolescentes_Renija_2010._Budassoff-Moreno.pdf
45. Harlor AD Jr, Bower C; Committee on Practice and Ambulatory Medicine; Section on Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics*. 2009 Oct; 124 (4): 1252-63.
46. Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician*. 2002 Nov 1; 66 (9): 1705-12.
47. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
48. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013 May 21; 158 (10): 741-54.

49. Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2009 Apr; 123 (4): e716-35.
50. Richardson LP, Rockhill C, Russo JE, Grossman DC, Richards J, McCarty C, *et al*. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*. 2010 May; 125 (5): e1097-103.
51. Montalto NJ. Implementing the guidelines for adolescent preventive services. *Am Fam Physician*. 1998 May 1; 57 (9): 2181-8, 2189-90.
52. Yi CH, Martyn K, Salerno J, Darling-Fisher CS. Development and clinical use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) questionnaire in school-based health centers. *J Pediatr Health Care*. 2009 Jan-Feb; 23 (1): 2-9.
53. Salerno J, Marshall VD, Picken EB. Validity and reliability of the rapid assessment for adolescent preventive services adolescent health risk assessment. *J Adolesc Health*. 2012 Jun; 50 (6): 595-9.
54. Minnesota Health Improvement Partnership, Minnesota Department of Health. "Sample HEADSSS Questions (Long Form)," 2006. Disponible en: <http://www.health.state.mn.us/youth/providers/headssslong.html>
55. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007 Sep; 85 (9): 660-7.
56. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes. "Control Joven Sano". Santiago de Chile: Gobierno de Chile. 2012.
57. IPHA. BP Levels for Boys by Age and Height Percentile BP Levels for Boys by Age and Height Percentile (Cont' d). 2012: 7-10.
58. Thompson M, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Norris SL. Screening for hypertension in children and adolescents to prevent cardiovascular disease. *Pediatrics*. 2013 Mar; 131 (3): 490-525.
59. Riley M, Bluhm B. High blood pressure in children and adolescents. *Am Fam Physician*. 2012 Apr 1; 85 (7): 693-700.
60. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics*. 2011 Dec; 128 Suppl 5: S213-56.
61. Powell C, Wedner S, Richardson S. Screening for correctable visual acuity deficits in school-age children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jan 25; (1): CD005023.
62. Kemper AR, Wallace DK, Zhang X, Patel N, Crews JE. Uncorrected distance visual impairment among adolescents in the United States. *J Adolesc Health*. 2012 Jun; 50 (6): 645-7.
63. Maul E, Barroso S, Munoz SR, Sperduto RD, Ellwein LB. Refractive Error Study in Children: results from La Florida, Chile. *Am J Ophthalmol*. 2000 Apr; 129 (4):445-54.
64. Frusso R y Terrasa S. Guía para la evaluación del paciente que va a practicar deporte. *Evid. actual. páct. ambul*. 9 (5); 148-152. Sept-Oct. 2006.

65. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM (eds.). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. Third Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.
66. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol*. 2012 Nov; 120 (5): 1222-38.
67. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ*. 2009 Jul 28; 339: b2968.
68. Corral C, García F. Chronological versus dental age in subjects from 5 to 19 years: a comparative study with forensic implications. Universidad del Valle 2010 Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/707/1167>
69. Georgiadis E, Papandreou L, Evangelopoulou C, Aliferis C, Lymberis C, Panitsa C, Batrinos M. Incidence of gynaecomastia in 954 young males and its relationship to somatometric parameters. *Ann Hum Biol*. 1994 Nov-Dec; 21 (6): 579-87.
70. Dickson G. Gynecomastia. *Am Fam Physician*. 2012 Apr 1; 85 (7): 716-22.
71. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, Del Rosso J, Baldwin H, Friedlander SF, *et al*. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics*. 2013 May; 131 Suppl 3: S163-86.
72. Loriaux DL. An approach to the patient with hirsutism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Sep; 97 (9): 2957-68.
73. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Guía de atención integral en VIH/sida 2010*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2010.
74. Gobierno de Chile. *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2011.
75. *Guía para la consejería en la atención de adolescentes*. San Salvador: Ministerio de Salud, El Salvador; 2003.
76. MSP Ecuador. *Caja de Herramientas Adolescencia*; 2009.
77. Binstock G, Melo J. (coord.). *Nupcialidad y familia en la América Latina actual*. Primera edición. Río de Janeiro: ALAP; 2011.
78. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. [Validity and reliability of the family Apgar family function test]. *Aten Primaria*. 1996 Oct 15; 18 (6): 289-96.
79. Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasouliotis O. The prevalence and detection of substance use disorders among inpatients ages 18 to 49: an opportunity for prevention. *Prev Med*. 1998 Jan-Feb; 27 (1): 101-10.
80. Anderson P, Gual A, Colon J. *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS, 2008 Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
81. *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud, 2011 Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20777&Itemid

82. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
83. NIDCD. Ten Ways To Recognize Hearing Loss. 2011 Disponible en : <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/pages/10ways.aspx>
84. Nusbaum MRH, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *American family physician* [Internet] 2002;66(9):1705–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12449269>
85. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med*. 2010 Jul-Aug; 8 (4): 348-53.
86. García-Huidobro C, Gutiérrez M, *et.al.* A estudiar se aprende. Metodología de estudiosesión por sesión. Ed. Alfaomega, Mexico. 2000
87. Yi CH, Martyn K, Salerno J, Darling-Fisher CS. Development and clinical use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) questionnaire in school-based health centers. *J Pediatr Health Care*. 2009 Jan-Feb; 23 (1): 2-9.
88. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007 Sep; 85 (9): 660-7.
89. WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO; 2009.
90. Centro de Estudios de Población (CENEP). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Serie OPS/FNUAP No. 2. Buenos Aires: CENEP.
91. Arenas R, Atlas Dermatología.Ed. Interamericana 2004
92. Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington: OPS; 2005.
93. Código de la niñez y adolescencia. 2003 :3-6. (verificar y poner si es el del país, otro, con fecha de expedición)
94. Consejo Nacional para la Igualdad de Género Glosario de Diversidades Sexuales. Disponible en : <http://www.igualdadgenero.gob.ec/glosario-de-diversidades-sexuales.html>
95. INEC. Estudio de caso sobre las condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador; 2013.
96. CIDH. Estudio sobre orientación sexual, identidad de género y expresión de género: algunos términos y estándares relevantes 2012. Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/228295888/CIDH-Estudio-Sobre-OS-IG-y-EG-Terminos-y-Estandares>
97. Cerruti S. La educación sexual en el sistema educativo público uruguayo hoy. En Administración Nacional de Educación Pública. Consejo Directivo Central. Programa de Educación Sexual. Educación sexual: su incorporación al Sistema Educativo. Montevideo: Editorial Nordan–Comunidad del Sur; 2008.
98. MSP. Norma del subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud; 2013.



ISBN 978-9942-07-710-3



9 789942 077103

**LA COOPERACIÓN BELGA
AL DESARROLLO**



Ministerio
de Salud Pública